Под редакцией
Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков · Минск
2008

ББК 53.57
УДК 616.8-085.851
К49

Авторский коллектив:
Абабков Валентин Анатольевич
Васильева Анна Владимировна
Казаковцев Борис Алексеевич
Караваева Татьяна Артуровна
Карвасарский Борис Дмитриевич
Назыров Равиль Каисович
Незнанов Николай Григорьевич
Полторак Станислав Валерьевич
Семенов Сергей Петрович
Ташлыков Виктор Анатольевич
Чехлатый Евгений Иванович

К49 Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2008. — 528 с.: ил.

ISBN 978-5-91180-927-0

Данное практическое руководство делает возможным решение повседневных дифференциально-диагностических и лечебных задач в общей врачебной практике, в особенности применительно к так называемым трудным больным или больным медицинского лабиринта, что не является реальным без серьезной дополнительной подготовки профессионалов в области клинической психотерапии.

Специалисты терапевтического профиля, в том числе и семейные врачи, нуждаются в издании, которое могло бы стать основой их последипломного усовершенствования по психотерапии. Первое подобное руководство подготовлено коллективом авторов во главе с крупными российскими специалистами Н. Г. Незнановым и Б. Д. Карвасарским.

ББК 53.57
УДК 616.8-085.851

ISBN 978-5-91180-927-0

Оглавление

Предисловие 7

ГЛАВА 1. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 11

Психология диагностического и лечебного процесса 12

Личность в системе «болезнь — лечение» 18

Внутренняя картина болезни 27

Эмоциональный стресс, психологическая защита, совладание со стрессом 41

Психосоматическое учение о болезни 51

Клинико-психологические аспекты боли 60

Взаимоотношения врача общей практики с больными и специалистами здравоохранения 70

Психологические аспекты психотерапии и психопрофилактики в общей врачебной практике 80

Синдром «эмоционального выгорания» 92

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 99

Основные показания для применения психотерапии и критерии отбора психотерапевтических методов в общей врачебной практике 100

Методы краткосрочной психотерапии 104

Методы релаксации 108

Методы когнитивно-поведенческой психотерапии 121

Гипносуггестивная психотерапия 140

Способ гипнотизации 147

Эриксоновский гипноз 149

Возрастные аспекты психотерапии 157
Психотерапия детей и подростков 157
Психотерапия в геронтологии 165
Кризисная психотерапия 171
Схема индивидуальной программы кризисной психотерапии 178
Основные формы кризисной психотерапии 179
Задачи ВОП при работе с кризисными пациентами 185
Семейная психотерапия 188
ГЛАВА 3. ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ 199
Соотношение психотерапии, фармакотерапии и других методов лечения в работе врача общей практики 200
Участие медицинских сестер ВОП в психотерапии 212
Невротические расстройства и их лечение 214
Принципы дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств в общей врачебной практике 215
Основные синдромы и клинические формы невротических расстройств 221
Невротические расстройства внутренних органов (соматоформные вегетативные дисфункции) 232
Прогноз невротических расстройств внутренних органов и его значение для психотерапии 244
Невротические расстройства и алкогольная зависимость 247
Психотерапия и другие методы лечения невротических расстройств 259
Другие психические расстройства и их лечение 270
Основные понятия о психозах и общие механизмы их развития 270
Соматизированная депрессия и ее лечение 284
Стрессовые расстройства и их лечение 291

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых и их лечение 294
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и их лечение 318
Другие зависимости и их лечение 345
Генерализованное тревожное расстройство и его лечение 353
Паническое расстройство и его лечение 362
Нарушения пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия 374
Психотерапия в клинике соматических болезней 390
Психотерапия при хронических соматических заболеваниях 390
Психотерапия при хронических прогрессирующих неврологических заболеваниях 403
Психотерапия умирающих пациентов 412
Обучение в области психотерапии врачей общей практики 420
ГЛАВА 4. ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 427
Нормативно-правовые акты, регулирующие психотерапевтиеческую деятельность 428
Особенности реализации прав пациентов при оказании психотерапевтической помощи 437
Этические нормы и принципы в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании 446
Особенности гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи 457
ПРИЛОЖЕНИЯ 465
Приложение 1 466
Шифры заболеваний по Международной классификации болезней (10-й пересмотр), упоминаемых в руководстве 466

Приложение 2 . . . . **470**
Методы психотерапии, которые могут использоваться ВОП (в дополнение к основным) 470
Триада К. Роджерса и ее значение в работе 493
Приложение 3 . . . . **495**
Клинико-психологические методы, рекомендуемые к использованию ВОП в целях диагностики и оценки эффективности лечения. 495
Оценка уровня депрессии 498
Приложение 4 . . . . **508**
Перечень психотропных препаратов, рекомендуемых для применения ВОП, «препараты первого ряда» (Смулевич А. Б., 2003) 508
Приложение 5 . . . . **510**
Законы и иные нормативно-правовые акты 510
Приложение 6 . . . . **513**
Положение о враче общей практики (семейном враче). Приложение 5 к Приказу Минздрава Российской Федерации от 26.08.1992 № 237 513
Список рекомендуемой литературы **522**

Предисловие

В последнее десятилетие в здравоохранении нашей страны происходят значительные изменения, направленные, с одной стороны, на улучшение качества медицинской помощи, с другой — на повышение ее экономической эффективности и рентабельности. Суть этих изменений состоит в создании новой модели оказания медицинской помощи, предполагающей разделение всего здравоохранения на два уровня — общей медицинской практики и специализированной медицинской помощи.

К задачам общей медицинской практики (которые еще уточняются в процессе реформ) сегодня уже можно отнести осуществление комплекса медико-санитарных задач, направленных на помощь пациенту и его семье в разные периоды их жизни и течения болезни. Предпринимается попытка создания условий для оказания медицинской помощи на этом этапе одним врачом — с семьей работает врач общей практики, или семейный врач (ВОП). Этот специалист объединяет в себе возможности терапевта, педиатра и акушера-гинеколога. Кроме того, ВОП, по сути, должен заменить громоздкую и малорентабельную традиционную поликлинику, которая в прошлом включала в себя большой штат специалистов, неспособных оказать весь спектр медицинской помощи, в том числе из-за ограниченного финансирования амбулаторно-поликлинического звена, недостаточной подготовки специалистов поликлиники, отсутствия непосредственной связи амбулаторно-поликлинической и стационарной форм медицинского обслуживания.

В будущем уровень специализированной медицинской помощи будет обеспечиваться профильными региональными медицинскими центрами. Их задача — помощь ВОП в тех случаях, когда его ресурса (центр здоровья) окажется недостаточно без привлечения специалистов и при необходимости специализированного лечения.

В новой модели здравоохранения ВОП отводится особая роль. Исход реформы здравоохранения во многом будет определяться тем, сможет ли ВОП стать подлинным семейным врачом, способным оказывать помощь всей семье, практически взять на себя функции терри-

ториальной поликлиники прошлого, наладить конструктивное сотрудничество с региональными специализированными центрами и социальными службами. Поэтому подготовке ВОП отводится значительное место в проводимых реформах здравоохранения. Учитывая, что ВОП будет обеспечивать первичный контакт с населением, он должен обладать знаниями по всем узким медицинским специальностям.

Это относится и к области охраны психического здоровья, и к психотерапии, прежде всего потому, что именно психотерапия разрабатывает для медицины технологии профессионального общения. Здравоохранение получает специалиста как включенного в мир жизненных отношений пациента, так и при наличии специальной подготовки способного провести целостную диагностику с учетом многообразия биологических, психологических и социальных факторов, участвующих в формировании и поддержании заболевания, и осуществить лечебно-реабилитационные цели с привлечением ближайшего социального окружения.

Поскольку современная медицина рассматривает расстройства с позиции биопсихосоциальной модели болезни и лечения, подготовка ВОП в области психического здоровья и психотерапии позволит осуществить прорыв в медицинском обслуживании населения и оказать серьезное влияние на повышение уровня диагностики, лечения, профилактики и качества жизни больных.

Настоящее руководство предназначено для восполнения знаний ВОП по широкому кругу вопросов из области психического здоровья с позиций современной психотерапии — клинической специальности, в большей степени, чем другие врачебные дисциплины, направленной на выявление роли психологических и социальных факторов в происхождении и лечении заболеваний.

В книге излагаются основные вопросы современной психотерапии, которые позволят ВОП лучше представлять себе способы диагностики, принятые в психотерапии, содержание основных ее методов, клинические показания к ней при различных расстройствах. Описан ряд методик психотерапии, которые авторский коллектив счел возможным рекомендовать ВОП для использования в своей практической деятельности. Это группа краткосрочных, относительно легко выполнимых психотерапевтических методик, которые по-

могут ВОП оказывать помощь своим пациентам до обращения к специалисту — врачу-психотерапевту. Таким образом, деятельность ВОП рассматривается как один из этапов психотерапевтической помощи, в отличие традиционного участкового врача-терапевта, который такой возможности не имел (да и задач таких перед собой не ставил).

Это издание не дублирует руководства и монографии по психосоматической медицине, число которых за последнее время значительно возросло. Основной упор в книге делается на практическом применении психотерапии и ее знаний для так называемых пациентов медицинского лабиринта, многократно обращающихся к врачам различных медицинских специальностей, в манифестации заболеваний которых, их течении, лечении и реабилитации большой удельный вес имеют психологические и социальные факторы.

Большое внимание уделяется заболеваниям, сложным в диагностическом отношении, а также ситуациям манифестации психических расстройств психотического уровня (психозов). Обсуждаются причины возникновения и развития больших психических расстройств, тактические организационные и терапевтические задачи, решение которых может оказаться для ВОП необходимым в его работе.

Предпринята попытка осветить традиционные и современные взгляды на заболевания различных клинических групп с учетом действующей МКБ-10, что позволит ВОП лучше ориентироваться в современной литературе по психотерапии, медицинской психологии, психосоматической медицине.

Несмотря на лучшие условия по сравнению с традиционной территориальной поликлиникой центры здоровья и офисы общей врачебной практики, приближенные к населению (некоторые просто располагаются в микрорайонах обслуживания), ВОП не сможет позволить себе проводить длительное психотерапевтическое лечение. Перед ним возникнет вопрос о применении психотропных средств, а поэтому в соответствующих разделах приводятся основные показания к психофармакотерапии, в приложении дан перечень препаратов, которые могут использоваться ВОП, освещаются проблемы соотношения психотерапии и психофармакотерапии и психотерапевтического опосредования биологических медицинских воздействий.

Излагаются также вопросы организации психотерапевтической службы в стране, призванные помочь ВОП лучше ориентироваться

в ее возможностях, учитывать специфику психотерапевтической помощи в том регионе, в котором осуществляется его деятельность.

Настоящее руководство — первая попытка в нашей стране дать представление ВОП о психотерапии, вооружить возможными для общеврачебного приема знаниями и навыками профессионального общения, психотерапевтическими методиками и психодиагностическими тестами, подготовить ВОП для сотрудничества с психотерапевтической службой и таким образом оказать значительное влияние на повышение качества медицинского обслуживания населения как в содержательном плане, так и с точки зрения профессионального контакта с пациентом и его семьей. Отдельная глава посвящена правовым и этическим основам и организации психотерапевтической помощи в общей врачебной практике с учетом низкой правовой культуры врачей, больных и их родственников.

Авторский коллектив выражает надежду, что настоящее издание будет полезно ВОП, организаторам здравоохранения, врачам-психотерапевтам, сотрудничество которых с ВОП представляется необходимым. Учитывая, что реформа здравоохранения еще далека от завершения, авторы выражают надежду, что отзывы и критические замечания читателей помогут в последующих изданиях книги осветить дополнительные вопросы, значимость которых будет осознана лишь на основе непосредственного сотрудничества ВОП и врача-психотерапевта.

Глава 1

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Психология диагностического и лечебного процесса

Выдающиеся представители отечественной медицины (С. П. Боткин, Н. И. Пирогов, В. М. Бехтерев и др.) положили начало развитию целостного клинико-личностного подхода к диагностике и лечению заболеваний, учитывающего психологию больного человека. Отечественная медицина все более проникалась пониманием взаимосвязи биологических, психологических и социальных факторов в происхождении, течении и лечении различных заболеваний. Биопсихосоциальная концепция болезни, принятая сегодня во всем мире, способна включить в себя наиболее ценные и оправдавшиеся на практике теории всего предыдущего этапа поисков взаимосвязей многоуровневых этиопатогенетических факторов заболевания для целостной диагностики и комплексного лечения.

Установление связей между данными анамнеза и соматического обследования — повседневная работа ВОП. Ориентация врача при этом может быть различной в зависимости от психосоматической или соматопсихической основы заболевания (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999). Психосоматическая ориентация относится прежде всего к пациентам, у которых жалобы или соматические симптомы имеют психическую обусловленность; существенным здесь является выяснение роли психических факторов в возникновении и течении заболевания. Соматопсихическая ориентация врача касается пациентов с определенным соматическим заболеванием. Задача врача — определить роль психических влияний на болезнь, состояние и отношения больного, чтобы помочь ему в переработке внутренней картины болезни (ВКБ), совладании с нею и повышении соучастия в лечении (Ташлыков В. А., 1984). В беседе с больным обращают внимание не только на выявление соматических и психических симптомов, но и на его жизненную ситуацию и самочувствие, социальное положение и настроение.

Умение общаться, или коммуникативная компетенция ВОП, обеспечивает эффективность в решении поставленных задач. Если пациент ему доверяет, то будет выполнять назначения, пройдет все

необходимые диагностические и терапевтические процедуры. Коммуникативная компетентность предполагает наличие определенных навыков:

- устанавливать контакт;
- понимать невербальные проявления у пациента в ходе взаимодействия с ним;
- слушать;
- задавать вопросы определенного типа;
- сохранять спокойствие и уверенность;
- контролировать свои реакции.

Большое значение имеет коммуникативная толерантность, или терпимость врача, с которой он в состоянии переносить субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления (Соловьева С. Л., 2001). Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь ему справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений.

Существенным психологическим качеством ВОП, обеспечивающим оптимальную коммуникацию с больным, является эмпатия, т. е. способность к сочувствию и сопереживанию, включенность в мир переживаний пациента. Эмоциональное соучастие помогает установить оптимальный контакт с пациентом, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны и в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков, тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии.

Осмотр больного, связанный с физическим контактом, осуществляется легче, если он естественно включен в процесс вербальной коммуникации. После него врач задает еще раз несколько вопросов, демонстрируя таким образом больному, что он не только исследует

соматические функции, но также придает большое значение психологической, субъективной стороне патологического процесса, учитывая личностные особенности своего пациента. Получение информации о больном предполагает умение ВОП формулировать закрытые и открытые вопросы. Закрытые вопросы используют для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ в двух словах, подтверждение или отрицание. Открытые вопросы дают возможность углубленного, развернутого ответа, могут включать не только описание, но и оценку симптома, его субъективное значение для пациента, дополнительные подробности и детали. Для того чтобы предварительный диагноз, полученный при расспросе и осмотре пациента, стал окончательным, обычно необходимо проведение дополнительных лабораторных исследований. Задача ВОП — не только выписать соответствующие направления, но и мотивировать больного к прохождению всех необходимых диагностических процедур. Для этого, во-первых, следует убедить пациента в том, что результаты исследований важны для правильной постановки диагноза, назначения соответствующей терапии, быстрого улучшения самочувствия, выздоровления. Во-вторых, если диагностическая процедура неприятна и болезненна, необходимо в общих словах рассказать больному, в чем заключается исследование, предупредить о возможных неприятных ощущениях, с которыми тем не менее возможно и нужно справиться.

Важным психологическим элементом диагностического процесса является сообщение больному диагноза. В соответствии с имеющейся внутренней картиной болезни (ВКБ) у него есть те или иные представления о своем заболевании, его причинах, прогнозе. Но чаще его представления неопределенны, он полон тревожных мыслей, опасений и страхов. Пациент нередко ожидает не только разъяснений в отношении его болезни, но и указаний о том, что ему самому надо сделать, чтобы выздороветь, каков должен быть образ жизни. Его также интересует характер и длительность лечения, перспективы выздоровления и восстановления трудоспособности. Пациент нуждается при этом в эмоциональной поддержке, ободрении и вселении в него надежды, мотивации к соучастию в лечебном процессе.

Сообщая диагноз, необходимо говорить простым и понятным для пациента языком, избегая употребления медицинских терминов. Так, диагноз инфаркта миокарда ассоциируется у больных с угрозой для

жизни. В условиях внезапности заболевания эта мысль, ощущение боли и собственная беспомощность вызывают состояние острого эмоционального стресса, страха смерти. Вслед за этим, как правило, развивается явная или скрытая депрессия. Последняя возникает обычно у людей, для которых роль тяжелого больного психологически непереносима, и они иногда реагируют на подавляемый ими страх и депрессию психологическим защитным механизмом отрицания. Такие психические изменения при инфаркте миокарда, как депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, представление о том, что возвращение на работу может причинить вред сердцу, вызвать повторный инфаркт миокарда, могут свести на нет усилия специалиста, стать препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства. Психологические задачи лечения уже в первые часы болезни для ВОП — это устранение чувства страха у пациента при учете индивидуальной значимости психологических факторов, влияющих на его поведение в этой ситуации. Кроме общего чувства угрозы для жизни инфаркт миокарда для одного больного может означать крах творческих, профессиональных планов как главной жизненной ценности. Для другого — падение престижа, статуса мужественного и сильного человека. Для третьего — неосознаваемое оправдание стремления снять с себя ответственность за выполнение нежелаемых обязанностей и решение трудных проблем. Для успеха лечебного процесса следует с самого начала учитывать чрезмерно активную или пассивную позицию пациента.

Весьма значима роль ВОП при направлении больного на госпитализацию. Ее влияние на пациента, попадающего в совершенно новую для него социальную ситуацию, может быть различным. При госпитализации значительно изменяется образ жизни человека: больной оказывается изолированным от работы, семьи, лишен привычного круга общения и обстановки. Пациенты по-разному адаптируются к такой среде. По данным литературы, для 75% всех госпитализированных этот процесс требует 5 дней. Быстрее адаптируются пациенты, поступившие в стационар повторно. Медико-психологическая подготовка направления больного в стационар ВОП во многом определит характер ведения пациента после возвращения на лечение в амбулаторных условиях.

Существенным аспектом лечебного процесса является принятие больным лечебных предписаний врача и следование им, так называемый комплайенс. Важнейшим фактором, повышающим согласие пациента с врачом, является информирование больного о целях проводимой терапии, правилах приема лекарств, возможных побочных действиях медикаментов. Чем разнообразнее методы лечения и лекарства, рекомендуемые врачом, тем ниже уровень согласия с лечением.

Нонкомплайенс выражается в выборе больным собственного способа лечения (часто неадекватного) либо отстраненности от проводимых процедур, неверия в пользу от их проведения. Преодоление нонкомплайенса — важная задача медицинского персонала, в том числе ВОП, так как ведет к осознанному согласию выполнять медикаментозные, психотерапевтические и иные рекомендации врача, являющиеся условием эффективного лечения. Проблема мотивации пациентов к участию в лечебных и профилактических мероприятиях привлекает все большее внимание специалистов.

При хроническом течении заболевания поведение пациента после выписки из стационара зависит от особенностей его внутренней картины заболевания как системы психической адаптации к своей болезни, имеющей в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. Если симптоматика сохраняется в течение некоторого времени, это способствует формированию и закреплению реакции тревожного ожидания, которая имеет патогенное значение в хронизации болезни, когда тревожно-депрессивная симптоматика превращается в своеобразный стиль жизни с развитием различных установок на болезнь и ее лечение. Наиболее распространенными видами возможного поведения больного являются диссимуляция и анозогнозия, «вторичная выгода (уход в болезнь)» и симуляция. При диссимуляции с целью сохранения своего прежнего статуса пациент сознательно пытается скрывать симптомы болезни и продолжать выполнять в полном объеме профессиональные, семейные и социальные обязанности. В случае анозогнозии пациент неосознанно стремится игнорировать симптомы болезни, утверждает, что он здоров и не нуждается в медицинской помощи. При «вторичной выгоде» пациент также неосознанно использует роль больного с целью привлечения внимания, сочувствия и заботы со стороны окружающих. При симуляции человек сознательно предъявляет симптомы болез-

ни, которой он не страдает, для получения определенных выгод для себя. Все эти виды поведения требуют выявления и последующей коррекции.

Таким образом, современный психологический подход в общемедицинской практике позволяет, с одной стороны, своевременно диагностировать психогенные, психосоматические расстройства и психосоциальные проблемы и конфликты у пациента с соматическим заболеванием, а с другой — более целостно и успешно проводить лечение больного с учетом его заболевания.

Личность в системе «болезнь — лечение»

Всестороннее и целостное понимание проблемы «личность, болезнь и лечение» возможно лишь при системном подходе на основе биопсихосоциальной модели болезни. В зависимости от формы, типа и стадии течения заболевания меняется соотношение соматобиологических и психосоциальных факторов в становлении его клинической картины. Соматогенное и психогенное тесно переплетаются в зависимости от характера взаимодействующих систем: патологический процесс — личность — жизненная ситуация.

Понятие личностного подхода отражает важнейший теоретико-методологический принцип медицины и медицинской психологии, традиционно подчеркиваемый в отечественной литературе (Мясищев В. Н., 1960; Платонов К. К., 1977 и др.). Личностный подход — это отношение к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех ее индивидуальных особенностей. Различают личностный и индивидуальный подходы. Последний принимает во внимание конкретные особенности, присущие данному человеку. Индивидуальный подход может быть и шире (если он учитывает и личностные, и соматические качества), и у́же (в том случае, когда принимаются во внимание только отдельные личностные или соматические особенности).

Необходимо различать личностный подход и личностно-ориентированную психотерапию. Само название последней указывает на то, что понятие личности является здесь центральным. В личностно-ориентированной психотерапии наиболее наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы базируются на различных теоретических представлениях и концепциях личности. Однако личностный подход — понятие более широкое, оно распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоцентрированные. Так, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов (гипноз, внушение в состоянии бодрствования, косвенное внушение и пр.) зависит от особенностей личности боль-

ного, его внушаемости и гипнабельности, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения к ней больного (пассивно-страдательного или активно-положительного), а также от отношения к психотерапевту.

В психотерапии как системе лечебных воздействий на психику и через психику на организм больного личностный подход осуществляется в полной мере. По сути, психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание ВОП основ клинической психологии, объектом изучения которой является личность больного. На связь психотерапии, опирающейся непосредственно на психологические особенности человека, с клинической психологией указывают и врачи, и психологи. Как отмечает Б. Д. Карвасарский (2006), развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности, механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования. Подчеркивается двусторонний характер этой связи: само становление взглядов на личность в психоанализе, неофрейдизме, экзистенциально-гуманистической психологии во многом основывалось на психотерапевтической практике.

Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и для лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психопрофилактической работы в общей врачебной практике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из важных проблем здесь является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием и его развитием. Другая задача исследования личности больного состоит в определении участия психического компонента в генезе различной патологии: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит либо решающая, либо весьма существенная роль, до заболеваний, в которых психический фактор проявляется как реакция на болезнь, изменение психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстрой-

ством. В качестве примера трансформации личностных особенностей может рассматриваться невротическое расстройство с основными его стадиями. Выделяются первичные, вторичные и третичные личностные образования, которые следует учитывать при выборе оптимальной психотерапевтической тактики.

При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с темпераментом. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены: повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического расстройства — стадия собственно невроза, в основе которого лежит нарушение особо значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть, по сути дела, зафиксированное и устойчивое отношение к себе. На третьей стадии невроза, при затяжном его течении и невротическом развитии, отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию.

В качестве примера соотношения первичных, вторичных и третичных особенностей личности у больного неврозом можно привести личностные нарушения у пациентов с истерической формой невроза. На основе первичной аффективной неустойчивости больного истерией в качестве вторичных личностных особенностей возникают неуверенность в себе и в то же время потребность в признании, а в качестве третичных — демонстративность и претенциозность. Таким образом, первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере. Вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, проблемами внутренними, «для себя». Третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях об-

щения, межличностного функционирования, т. е. в трудностях и проблемах «с другими и для других».

Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования (особенности поведения и межличностного функционирования) выполняют определенную защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, свидетельству-ющие, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранения личностных расстройств, а с другой — указывающие на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные особенности личности (первичные, вторичные и третичные) пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут приобретать биологические методы лечения (в том числе современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных расстройств, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств, которые обнаруживаются в поведенческой сфере, более конструктивно протекает при дополнении личностно-ориентированной психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответствующим образом учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (суггестию, аутосуггестию и др.).

Роль различных лечебно-восстановительных методов (в том числе имеющих психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, можно проследить и на модели ишемической болезни сердца в качестве психосоматического заболевания.

В структуре личности этих больных также можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные образования. В качестве первичных, связанных главным образом с нарушением нейродинамических процессов, можно указать тревогу и страх, особенно характерные для начала заболевания и сопровождающие приступы стенокардии. На основе указанных расстройств формируется определенное отношение к болезни. При ишемической болезни оно может быть двух типов: с недооценкой и переоценкой пациентом тяжести болезненного состояния. Под влиянием таких установок формируются третичные личностные образования. Анозогностическая установка приводит к игнорированию болезни и нередко ее утяжелению. В то же время переоценка тяжести болезни, оберегающее отношение самого больного, мужа (жены) и других членов семьи с целью уменьшения риска повторного инфаркта миокарда приводят к формированию ипохондрических особенностей, вследствие чего больной, в частности, ограничивает свои социальные контакты. Его сфера общения и круг интересов сужаются, т. е. происходит нарушение социального функционирования. В данном случае эффективным может быть психотерапевтическое воздействие не «вообще», а лишь с учетом типа личностных нарушений разноуровневого характера. Психотерапия должна носить содержательный характер.

Важно соотнесение метода психотерапии с личностными особенностями больного. Директивно-суггестивные методы эффективны в первую очередь у больных с акцентуациями по типу зависимости, демонстративности, инфантилизма, склонных к патерналистской модели лечения и ориентации на авторитет врача. В то же время больные с параноическим, шизотипическим расстройством личности нуждаются в более развернутом обосновании предлагаемой терапии, ориентированной на сотрудничество в лечебном процессе (Смулевич А. Б. и др., 2005). Психотерапевтическое воздействие в клинике ИБС традиционно осуществляется в рамках двух стратегий — психоцентрической и соматоцентрической. В рамках первой стратегии психотерапевтическое воздействие направлено на коррекцию психологических реакций личности (внутренняя картина болезни), стиля жизни, на видоизменение отношений в семье, а также на лечение коморбидных ИБС психических расстройств (нозогении, депрессии). В рамках второй — предпринимаются попытки повлиять на те-

чение кардиальной патологии посредством устранения факторов, способствующих прогрессированию ИБС (избыточная масса тела, курение, дислипидемия и др.), редукции ее симптомов (профилактика психогенно спровоцированных приступов стенокардии, аритмий, коррекции физических, холодовых и других нагрузок).

Преморбидные социальные свойства личности находятся в определенной взаимосвязи с реакцией больного на болезнь. Ю. М. Губачевым и В. И. Симаненковым (1987) было проведено клинико-психологическое исследование мужчин, перенесших острый инфаркт миокарда. Для всей группы больных были характерны выраженное контролирование своего психологического состояния и склонность к подавлению внешних проявлений эмоций. У больных с доминированием депрессивной реакции в преморбиде отмечались низкая социальная активность, плохая приспособляемость к изменяющейся ситуации. Социальные контакты таких больных были ограниченными, они избегали активного вмешательства в ход событий. По-видимому, по этой причине у этих больных реже отмечались психотравмирующие события в анамнезе и в качестве стрессорного воздействия выступал сам факт заболевания. Тревожный синдром развивался при выраженном дефиците информации, необходимой для построения адекватных представлений о заболевании. Такие пациенты активно контактировали с окружающей социальной микросредой. Больные с преобладанием ипохондрических тенденций до развития острого инфаркта миокарда испытывали длительную психотравматизацию, чаще бытового характера.

Особенности личности больных с психосоматическими нарушениями могут быть учтены при выборе психокоррекционных задач в процессе лечения (Karasu T. B., 1979). В частности, больные, страдающие язвенной болезнью, нередко испытывают чувство стыда и вины в случае принятия помощи от окружающих. Для этой категории больных авторитетное руководство медперсонала может быть полезным и благоприятно ими воспринимается. Склонность пациентов-гипертоников подчиняться в невыгодных или неотвратимых жизненных ситуациях, вызывающих у них внутреннее сопротивление, может оказаться полезной при обучении их способам избегания обстоятельств, вызывающих стресс.

При онкологическом заболевании пациент вынужден перестраивать свои жизненные цели, социальные установки, интересы и ценностные ориентации. Некоторые больные стремятся сохранять прежние цели, направленность жизненных интересов, обнаруживая психологическую стойкость и нежелание сдаваться перед страхом и страданием. Для других мысль о раковом заболевании означает крах всего существования, целей и интересов. Лечебная практика показывает, что при одном и том же состоянии онкологического больного один умирает, а другой продолжает жить вопреки прогнозу. Могут ли здесь иметь значение психологические факторы «сопротивления» болезни, «воля к жизни», «дух борьбы»? Исследований, проводимых в этой области, пока еще недостаточно. В некоторых работах показано, что больные, способные эффективно противодействовать психическому стрессу, связанному с осознанием диагноза и лечением, живут дольше.

«Выход из болезни», выздоровление во многом зависят от личностно-социальных характеристик больного. Люди, для которых основное в жизни — творческое отношение к работе, а здоровье, хотя и важно, но не все определяет, легче переносят стресс, «обращенный» на здоровье, их компенсаторные возможности выше. Отношение к здоровью как к социальной ценности имеет важнейшее значение, определяя судьбу больного после операции, его способность «выйти» из стрессовой ситуации. У лиц, чрезмерно много внимания уделяющих своему здоровью, любое отклонение от нормы требует мобилизации всех сил на борьбу с физическим неблагополучием, что отрицательно сказывается на их психическом состоянии. Наличие тяжелых функциональных нарушений выбивает их из колеи, ни о чем другом они думать уже не могут, так как нет соответствующей «замены» — увлеченности работой или иным интересным для них занятием. При решении психологических задач реабилитации в период обсуждения с больным вопросов, связанных с возвращением к работе, важно учитывать основные личностные ценности — потребности самоутверждения, самореализации в труде или в других сферах жизни. Существенным также является выяснение основных мотивов, отражающих желание больного вернуться к работе или отказаться от трудовой деятельности. Целью первого решения явля-

ются необходимость материального обеспечения семьи, сохранения социального статуса, любовь к творческой деятельности, второго — боязнь возможных нагрузок, нарушения режима, могущих, по мнению больных, привести к ухудшению здоровья. У пациентов, не вернувшихся к работе, отмечались отгороженность от окружающих, сужение круга интересов, концентрация внимания на личных переживаниях, значительная степень ограничения социальных контактов, чувство одиночества.

Учет личностных особенностей важен при составлении комплексной лечебной программы в случаях сложных, нередко встречающихся в современной врачебной практике, сочетаниях невротического и органического компонентов в клинической картине заболевания. Речь идет, в частности, об исследовании, в котором были изучены варианты личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации больных с неврозоподобными вариантами органических заболеваний головного мозга по данным многолетнего (до 20 лет) катамнеза. Во всех случаях диагноз органического заболевания головного мозга (энцефалит, арахноидит, диэнцефалит) был верифицирован тщательным неврологическим обследованием. Выделено три группы больных:

1) с активной позицией в преодолении болезни и устойчивой социально-трудовой адаптацией;
2) с зависимостью от врача и внешних обстоятельств и неустойчивой социально-трудовой адаптацией;
3) с уходом в болезнь и значительным снижением социально-трудовой адаптации.

Работа представляет интерес в том отношении, что группы больных с различным терапевтическим исходом статистически не различались по степени выраженности неврологической симптоматики и органических изменений. Достоверные различия были установлены по выраженности личностных нарушений в преморбиде, направленности личности, характеру сопутствующих невротических проявлений, динамике психотравмирующей ситуации. Показано, что тип личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации обследованных больных в катамнезе определяются

выраженностью не столько органического, сколько психогенно-невротического компонента заболевания и адекватностью выбора и проведения психотерапевтических мероприятий. Общий терапевтический эффект при использовании личностно-ориентированных форм психотерапии был выше, чем при применении симптоматических методов (суггестия, релаксация и др.).

Знание феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни способствует эффективному проведению психотерапии, адекватному соотношению с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Внутренняя картина болезни

Современная концепция биопсихосоциальной модели болезни исходит из того, что психологические факторы заболевания определяются внутренними структурами и средовыми факторами, опосредующими самосознание больных. Именно такой подход, системное взаимодействие биологических и психосоциальных факторов лежит в основе понимания «внутренней картины болезни» (ВКБ).

Понятие «внутренняя картина болезни» введено известным отечественным терапевтом Р. А. Лурия в 1935 г. Он показал узость противопоставления «субъективных жалоб» и «объективных симптомов» и предложил более широкие и непротивопоставляемые понятия — внешнюю и внутреннюю картины болезни. Под ВКБ Р. А. Лурия понимал признаки заболевания, которые можно получить всеми доступными врачу объективными методами исследования. «Внутренняя картина болезни» — весь сложный внутренний мир больного человека, его чувства и эмоции, а также его представления и умозаключения. Опираясь на теоретические положения немецкого врача А. Гольдшейдера (1929) об аутопластической картине болезни, Р. А. Лурия выделял в ВКБ два уровня: «сенситивный» и «интеллектуальный». К первому относятся все ощущения и чувства, возникающие в связи с заболеванием, а ко второму — мысли и истолкования возникших изменений, связанных с болезнью. Структура как сенситивного, так и интеллектуального уровней ВКБ находится в тесной зависимости от особенностей личности больного, а внутренний мир пациента является индивидуальным проявлением его личности. Такой психологический комплекс выступает главным образом в роли генератора разнообразных реакций, в том числе ятрогенных. В связи с этим чаще указывается лишь отрицательная роль ВКБ, хотя в действительности она может быть и полезным регулятором поведения пациента, направленным на преодоление болезни.

При описании отражения болезни личностью различные авторы давали собственные названия этому клиническому феномену: «переживание болезни», «отношение к болезни», «сознание и чувство болезни», «аутогенное представление о болезни», «образ собственного

заболевания», «субъективная теория болезни», «концепция болезни» и др. В понятие «переживание болезни» включали отношение к самому себе, к своему болезненному состоянию, к окружающим, к той форме деятельности, которая была до болезни и так или иначе изменилась в связи с ней. Указывали, что сознание болезни относится к сознанию Я — высшей синтетической функции личности.

Сознание болезни объединяет восприятие болезни и отношение к ней, является сложным психическим переживанием, в структуру которого входят суждения по поводу заболевания и комплекс вызванных им непосредственно чувств и намерений. Однако именно термин ВКБ прочно вошел в медицинский словарь как непротиворечиво включающий в себя и переживание, и сознание, и отношение, и чувство, и образ, и концепцию болезни как разные грани одного целого. Разность языка, которым описывают данный феномен, отражает его сложность и многоплановость.

В литературе приводится следующая типология отношения к болезни:

1) нормальное, т. е. соответствующее состоянию пациента или тому, что было ему сообщено о заболевании;
2) пренебрежительное, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, в отношении прогноза проявляет необоснованный оптимизм;
3) отрицающее, при котором пациент не обращает внимания на болезнь, гонит от себя мысли о ней, отказывается от посещения врача;
4) нозофобное, когда пациент несоразмерно боится болезни, неоднократно и необоснованно обследуется, меняет врачей. Он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не способен бороться с ними;
5) ипохондрическое, при котором пациент убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием;
6) нозофильное, связанное с определенным успокоением и приятными чувствами в случае болезни.

Предложена также классификация по уровням активности личности в ее противодействии заболеванию или его углублению. Варианты отношения к болезни разделяют на:

1) пассивно-страдательное;
2) активно-положительное, или «уход в болезнь»;
3) отрицание наличия заболевания;
4) спокойно-выжидательное отношение;
5) активное противодействие развивающемуся недугу.

Существует также модель ВКБ, состоящая из двух блоков: сенсорно-эмоционального и логического. Формирование первого происходит под влиянием непосредственных впечатлений и переживаний, вызванных определенными проявлениями болезни и их течением. Эта же информация используется и для формирования логического блока, но в этом случае существенную роль играют концепции, привлекаемые личностью для описания и объяснения причин и механизмов данной совокупности признаков болезни. Полное согласование этих блоков встречается редко.

ВКБ — это не только совокупность субъективных моделей проявлений заболевания, но и концепция данной болезни, реальная или ложная. Реальные модели болезни более или менее адекватно отражают имеющиеся расстройства и динамику заболевания; ложные — это, например, мнимые болезни при ятрогениях, фиктивные — при симуляциях. Последние имеют иногда явно защитный характер. У больного с психогенным расстройством основой фиктивной модели болезни являются матрицы долгосрочной памяти, сформированные в результате внушения или самовнушения и содержащие психогенную информацию.

Прогноз конкретного заболевания выступает как эмоционально напряженный комплекс представлений больного о его вероятном течении и исходе. С ним связаны ожидаемые результаты лечения — доминирующие (эмоционально окрашенные) представления, отражающие желаемую степень восстановления нарушенных функций. Во время курса лечения у пациентов формируются психологические оценки полученных результатов лечения — эмоционально окрашенные представления, отражающие как реальные, так и мнимые (внушенные, самовнушенные) изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путем сопоставления двух

психологических моделей — ожидаемых и полученных результатов лечения.

Большую роль в формировании ВКБ играет тип отношения пациента к болезни и ее проявлениям. При гипонозогнозическом типе больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению. Иногда у них образуется неадекватная завышенная «сверхоптимальная» оценка ожидаемых результатов лечения. О гипернозогнозическом типе можно говорить в тех случаях, когда у больного имеется преувеличенная негативная эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью. У больных с таким типом ВКБ формируется представление о «минимальных результатах лечения». В случае прагматического типа эмоционального отношения к болезни пациент находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, стремится к оптимальному проведению лечебных и профилактических мероприятий. В зависимости от особенностей личности представления больного оказываются инертными или подвижными, а в отношении психотерапии больные могут быть податливыми или резистентными.

Воспринимая и оценивая информацию, приходящую из организма и сигнализирующую о возможности нарушения здоровья, больной придает ей определенное значение. Этот когнитивный аспект ВКБ характеризуется личностным значением болезни, которое определяет характер эмоциональных реакций пациента и способы адаптации к ней. Личностное значение болезни является одним из компонентов психосоциального ответа на заболевание наряду с эмоциональной реакцией, способом адаптации и совладания (копинга). Психосоциальный аспект рассматривается как совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций, возникающих у больного в ответ на информацию, связанную с заболеванием.

А. Ш. Тхостовым и Г. А. Ариной (1990) предложена модель порождения и функционирования интрацептивных ощущений в структуре ВКБ. Формирование субъективной картины болезни начинается с соматических ощущений, составляющих чувственную ткань ВКБ. Эти ощущения включают явления дискомфорта и вначале крайне неопределенны, неточно локализованы, кратковременны, плохо рефлесируются. На их основе строятся «соматические образы» путем квалификации чувственных данных в эмоционально-оце-

ночных категориях. В результате ощущения становятся конкретными, приобретают локализацию, интенсивность, модальность, соотносятся с культурными перцептивными и языковыми эталонами, могут быть вербализованы. Осознанные, отрефлексированные интрацептивные ощущения в существующей у субъекта системе категорий сознания сопряжены с уже усвоенными ранее эталонами экстрацептивных ощущений. Такой подход, по мнению авторов, позволяет создавать научно обоснованные методы коррекции ипохондрических интрацептивных нарушений, психологически обоснованные лечебные и реабилитационные программы при разных заболеваниях.

ВКБ изучалась при различных расстройствах — соматических, психических, неврологических.

В последние годы ведутся многочисленные исследования по изучению влияния клинических особенностей течения ИБС на ВКБ и формирование нозогенных реакций (Смулевич А. Б. и др., 2005). Для выявления соотношения между особенностями ИБС и типологией выделяют два типа ВКБ: с гипернозогнозическими и гипонозогнозическими реакциями.

С гипернозогнозией ассоциируются:

1) быстро прогрессирующий вариант течения ИБС с дебютом в среднем возрасте, повторными коронарными катастрофами и/или развитием недостаточности кровообращения;
2) «классическая» стенокардия;
3) аритмии сердца, протекающие с персистирующей высокой ЧСС (синусовая тахикардия, тахисистолическая форма мерцания предсердий, частая экстрасистолия) и не поддающиеся самостоятельному купированию;
4) выраженная сердечная недостаточность.

Для гипонозогнозии характерно:

1) медленное прогрессирование коронарного атеросклероза с дебютом в пожилом возрасте, не сопровождающееся развитием инфаркта миокарда и недостаточности кровообращения, или наличие в прошлом единственного инфаркта миокарда;
2) атипичная стенокардия (отсутствие четкой связи ангинозных болей с физической нагрузкой, нетипичная локализация ощуще-

ний, непостоянная эффективность нитроглицерина) либо «немая» ишемия миокарда;

3) аритмии сердца, приступообразно возникающие на фоне нормального сердечного ритма (редкая экстрасистолия, пароксизмальная форма мерцания предсердий, наджелудочковая пароксизмальная тахикардия), не сопровождающиеся значительным ухудшением самочувствия больного и купирующиеся приемом антиаритмиков;
4) симптомы ранних стадий сердечной недостаточности.

Учет клинических параметров болезни, связанных с формированием гипер- и гипонозогнозических вариантов ВКБ, может способствовать оптимизации лечения ИБС. Большая часть выявленных особенностей ИБС, ассоциирующихся с гипернозогнозическими реакциями (повторные инфаркты миокарда, классическая и затяжная стенокардия, выраженная недостаточность кровообращения), являются клиническим выражением тяжелой ИБС. У больных с такими манифестациями ИБС гипернозогнозия сопряжена с заниженной оценкой эффективности лечения. Это может приводить как к неоправданно частому обращению за медицинской помощью и неадекватно высоких доз кардиотропных препаратов, так и к частичному или полному прекращению проводимой терапии в связи с ее мнимой бесперспективностью. С другой стороны, клинические характеристики ИБС, связанные с формированием гипонозогнозии, могут рассматриваться как факторы риска прогрессирования коронарной болезни, обусловленного несоблюдением пациентом врачебных рекомендаций. В этом плане определенную опасность представляют случаи ИБС, протекающие с наличием в анамнезе единственного инфаркта миокарда, с атипичной стенокардией, «немой» ишемией миокарда, а ранними малосимптомными стадиями сердечной недостаточности. У больных с перечисленными проявлениями ИБС при отсутствии адекватного лечения и своевременного обращения за медицинской помощью более вероятно дальнейшее прогрессирование болезни с возникновением повторных инфарктов миокарда, развитием тяжелой сердечной недостаточности и летальным исходом.

Своевременная коррекция поведения пациента с использованием методов психотерапии и психофармакотерапии способствует улучшению сотрудничества между врачом и пациентом и, соответственно,

повышению эффективности лечения столь распространенной в настоящее время ишемической болезни сердца.

J. Lipowski (1983) разработал классификацию личностных значений болезни:

1) Болезнь в качестве проблемы или препятствия, которое должно быть преодолено. Для такого пациента она является источником угрозы, но стимулирует активную установку. Принимая факт существования болезни, пациент старается приспособиться к ней или стремится к выздоровлению, не реагируя чрезмерными эмоциональными реакциями в виде страха и депрессии, ищет помощи, используя рекомендации медицинского персонала. Некоторые пациенты могут воспринимать болезнь как положительную ценность, помогающую им обрести опыт или новый смысл в жизни.
2) Болезнь сопровождается, прежде всего, чувством утраты чего-то значимого, например чувства безопасности, физических возможностей, реализации жизненных планов, удовольствия или уважения к самому себе. Больной реагирует снижением настроения, иногда смирением и безнадежностью. Он может изолироваться или искать помощи, поддержки и замещающих источников удовлетворения потребностей, иногда предпочитая смерть.
3) Болезнь для пациента заслуженная или незаслуженная кара, наказание за прошлые грехи. Он реагирует в этом случае чувством вины, стыда, снижением настроения или напротив — гневом, чувством обиды. Поведение пациента может приобрести характер пассивного принятия или противопоставления, борьбы.
4) Значение болезни состоит в том, что она является для пациента средством облегчения, избегания самостоятельности, требований выполнения определенной социальной роли, а также способом разрешения определенного конфликта. Болезнь облегчает получение поддержки, заботы, привилегии и компенсаций (например, материальных). Получение от факта болезни первичной и вторичной выгод приводит к немалым трудностям отказа от роли больного и может препятствовать оптимальному сотрудничеству с лечащим персоналом.

ВКБ рассматривается как существенная мишень для психотерапевтических воздействий. Оценка и направленное изменение субъ-

ективного понимания причин болезни присущи всем вербальным формам психотерапии. Пациенты должны понять, что их прежние представления о болезни ошибочны и существует правильное, научно обоснованное ее понимание. M. Tommen и соавт. (1990) вместо ВКБ используют термин «субъективная теория болезни». Авторы обращаются к психологии, которая изучает так называемые «субъективные, или наивные, теории». Главный вопрос, который при этом возникает, какой репертуар объяснений, какие наивно-психологические представления или «дилетантские теории» находятся в распоряжении обычного человека и какие из них он использует, когда пытается объяснить свое поведение. «Субъективные теории болезни» могут рассматриваться не только как помехи в психотерапевтическом процессе. В них можно находить особенные сочетания обоснований, важные образцы языка, способ видения мира, присущий данному человеку. Психотерапевты часто осуществляют свои действия, руководствуясь собственными теориями, и значительно реже принимают во внимание представления пациентов. Многие психотерапевты обращают внимание в первую очередь на искажения в созданных пациентами концепциях или на их дисфункциональность. Такое отношение мешает увидеть симптомы или проблемы как часть и результат определенного конкретно-субъективного видения мира. Другая черта «субъективных теорий болезни» заключается в том, что они выступают как концентрированное описание общественных или социальных конфликтов. Сам пациент не может распознать этот факт и свои трудности или симптомы как «чисто личные», полагая, что лишь он один сталкивается с подобными трудностями. Авторы приводят пример с пациентками, страдающими нервной анорексией. В начале психотерапии эти женщины редко способны увидеть в своей симптоматике результат оказываемого на них общественного или социального давления или предъявляемых им требований, а объясняют болезнь своим стремлением «быть стройными и иметь высокую самооценку».

Врачу необходимо стремиться к более адекватному пониманию мировоззрения пациента, понять, как на протяжении его жизни складывались схемы восприятия и интерпретации. Особый интерес представляет связанная с возникновением и существованием трудности

плоскость мировоззрения пациента, которая заставляет его обращаться к психотерапевту.

Свойства личности — важный, но не единственный фактор, определяющий отношение к болезни. Все, что с ней связано и на что она оказывает влияние, определяется тремя важнейшими факторами (Личко А. Е., 1980):

1) природой самого заболевания;
2) типом личности, в котором важную роль играет тип акцентуации характера;
3) отношением к заболеванию в значимом для больного окружении и микросоциальной среде, к которой он принадлежит.

Под влиянием этих трех факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачу, своему будущему, к работе, родным и близким, к окружающим. Диагностика типов отношения к болезни, необходимая для использования дифференцированных психотерапевтических и реабилитационных программ, может осуществляться на основе клинического расспроса, наблюдения, получения сведений от родственников. Однако этот путь требует значительных временны́х затрат при необходимости обследовать большое число соматических больных. Помощь здесь может оказать специально разработанный опросник.

В настоящее время в исследованиях и практике применяется «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (Вассерман Л. И. и др., 1987). В методике представлены 12 типов отношения к болезни:

1. Гармоничный тип характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.
2. Эргопатический тип отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало; это может быть своеобразный «уход от болезни в работу».
3. Анозогнозический тип характеризуется активным исключением мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к ней, нежеланием лечиться.

4. Тревожный тип отличается беспокойством, мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поисками информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.
5. Ипохондрический тип характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.
6. Неврастенический тип характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью.
7. Меланхолический тип отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.
8. Апатический тип отличается безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.
9. Сенситивный тип характеризуется опасением неблагоприятного отношения окружающих вследствие болезни, боязнью стать обузой.
10. Эгоцентрический тип характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих.
11. Паранойяльный тип отличается крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, обвинениями окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.
12. Для дисфорического типа характерны мрачно-озлобленное настроение, ненависть к здоровым, обвинения в своей болезни других, деспотическое отношение к близким.

При интерпретации данных опросника могут быть диагностированы также три обобщенных типа реагирования:

1) с выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием;
2) с внутриличностной направленностью;
3) с межличностной направленностью.

Значительные возможности для целостного понимания больного не только как носителя симптомов болезни, но и как человека со специфически измененным жизненным стилем, представляет учет ВКБ в виде системы психологической адаптации личности, имеющей в ос-

нове особенности самооценки, механизмы психологической защиты и совладания (копинг-поведение). Методологическим подходом к такому пониманию ВКБ являются положения психологии отношений В. Н. Мясищева, представления о трехкомпонентной структуре отношения личности (когнитивный, эмоциональный, поведенческий), признание значимости взаимосвязи сознательного и неосознаваемого в механизмах психологической адаптации больного (Карвасарский Б. Д., 1982). Восприятие, переживание и переработка болезненных расстройств определяются особенностями личностных свойств больного, концепцией Я, психологическим конфликтом, психотравмирующей ситуацией, способами психологической защиты и совладания с болезнью и ее последствиями (Ташлыков В. А., 1984).

В целом, ВКБ формируется в защитных целях для снижения эмоционального напряжения и преодоления трудностей, вызванных заболеванием. Когнитивный (познавательный) аспект ВКБ определяется прежде всего соматической или психогенной концепцией болезни, сформировавшейся у больных в ходе переработки ими патологических ощущений и переживаний. «Соматическая концепция» вытекает из доминирующих представлений больных об органических нарушениях нервной системы или внутренних органов. При отсутствии каких-либо органических нарушений у больных с соматоформными невротическими расстройствами отмечается тенденция к отражению своего психического дискомфорта в форме жалоб соматического характера. Однозначность «соматической концепции» при психосоматических расстройствах в значительной мере поддерживается свойственной больным алекситимией, т. е. неспособностью к вербальному описанию своего эмоционального состояния и проблем. Алекситимические характеристики у таких больных проявляются в подробном описании ими симптомов, иногда не имеющих отношения к данному заболеванию. В частности, больной с язвенным колитом больше жалуется на различные боли во всем теле, мышечные судороги, чем на кровавый понос. Тревогу и депрессию такой пациент описывает в форме физических ощущений, испытывает затруднения в подборе соответствующих слов для описания чувств, отмечаются редкие сновидения и бедность фантазий, ограничены межличностные отношения. «Психогенная концепция» определяется представлениями больного о причинах

или факторах обострения своего заболевания, связанных с самооценкой трудных жизненных ситуаций и отношений с окружающими. Однако под влиянием защитного функционирования причины своей психотравматизации больной видит вовне, обычно исключая свой вклад в развитие конфликтных ситуаций и отношений.

Эмоциональный аспект ВКБ включает такие типы доминирующего переживания болезни, как депрессивный (подавленность и пессимизм вследствие реальных или воображаемых утрат объектов привязанности, целей, сил или своих возможностей) и фобический (переживание угрозы утраты безопасности, самоконтроля и независимости). Эти типы переживания болезни могут нередко совпадать с ведущими аффективными расстройствами, среди которых у больных неврозами и психосоматическими заболеваниями наиболее частыми являются тревога (страх) и депрессия.

Мотивационно-поведенческий аспект ВКБ (активность или пассивность в переработке личностных конфликтов и психотравмирующих ситуаций, преодолении болезни и стремлении к выздоровлению) находит выражение в особенностях самооценки, конфликта и патогенной ситуации, системы адаптации — механизмах психологической защиты и совладания, поведения комплайенса (следование лечебным предписаниям и соответствующему образу жизни).

Особенности ВКБ раскрывают стиль нарушенного личностного функционирования больного с учетом когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, порождающих психотравмирующие жизненные ситуации. Эти неадаптивные стереотипы при действии выраженной психологической защиты препятствуют конструктивному решению больными патогенных психологических конфликтов между внутренними потребностями и требованиями среды, между потребностью личностной значимости (сохранение самоуважения) и социального соответствия поведения. Развитие и сохранение неадаптивных стереотипов происходит в условиях искаженной переработки больными симптоматики («порочный круг» взаимовлияния симптомов и переживания), противоречивого отношения к диагнозу (страх и ожидание информации о болезни), роли больного (пассивное отношение к лечению и желание выздоровления), актуальной жизненной ситуации (поиск причин трудностей вне собственного поведения и пассивное ожидание разрешения ситуации).

При широком понимании ВКБ ее частью является «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ). Понятие ВКЗ по аналогии с понятием ВКБ было предложено В. М. Смирновым и Т. Н. Резниковой в 1983 г. Они считали, что одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель — ВКЗ, своеобразный эталон здорового человека, или здорового органа, или части тела и т. д. Этот эталон может быть сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений.

Формирование ВКЗ предполагает:

1) осознание и идентификацию собственного внутреннего динамического состояния гомеостаза, отождествление себя с образом здорового психосоматического целого;
2) осознание появляющихся признаков любого стойкого нарушения гомеостаза, т. е. идентификацию в себе индикаторов предболезни, предвестников отклоняющегося состояния в динамическом процессе здоровья.

ВКЗ — это совокупность представлений о здоровье, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также поведенческих реакций. Здесь представлены все три составляющие структуры личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий, присутствует элемент целостности в восприятии себя. Отношение к здоровью может определяться типом личности человека, отношением к здоровью в микросреде, семье. На основе бытовых представлений, информации из литературы каждый вырабатывает свою особую концепцию здоровья.

С психологических позиций можно выделить три основные стороны ВКЗ:

1. Когнитивная часть — представляет собой совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья (система убеждений).
2. Эмоциональная часть — чувственная сторона ВКЗ, которая включает в себя переживание здорового самочувствия, связанного с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, умиротворенность, свобода, легкость и т. д.).

3. Поведенческая часть — мотивационно-поведенческая сторона, представляющая совокупность усилий, стремлений, конкретных действий человека, направленных на укрепление и сохранение физического и психического здоровья.

Внутренняя картина болезни — это интегральная характеристика адаптации личности к болезни и лечению, включающая знание о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, защитное и совладающее поведение в болезни, качество жизни и внутреннюю картину здоровья. Отношение к болезни всегда значимо. Оно оказывает влияние и на другие стороны отношений личности, что проявляется в поведении, взаимоотношениях пациента с окружающими. Знание и учет внутренней картины болезни углубляет понимание роли личностных факторов в динамике болезни, расширяет возможности активного вовлечения больного в систему лечебно-реабилитационных мероприятий, оптимизации отношений врач — больной, выбора дифференцированной психотерапевтической тактики. Психотерапевтические воздействия, направленные на коррекцию неадаптивных позиций пациента, «масштаба переживаний болезни», способствуют не только улучшению состояния, но и профилактике рецидивов.

Эмоциональный стресс, психологическая защита, совладание со стрессом

Жизнь современного человека требует постоянной адаптации из-за влияния быстро меняющихся социально-экономических и технологических условий, которые служат причиной стрессов. Неспособность или неумение человека совладать со стрессом часто является основанием для различных расстройств здоровья. Широко известны взгляды на стресс H. Selye. Однако к настоящему времени данные о структуре стресса, прежде всего психологические, в значительной степени усложнились.

Стресс — это психологическое состояние организма, в котором отражается несоответствие между его способностью удовлетворительно справиться с требованиями окружающей среды и уровнем таких требований. Понятие «стресс» было дифференцировано H. Selye введением терминов «эустресс» и «дисстресс». Эустрессом называется состояние потери равновесия, которое человек переживает при соответствии требований к нему и имеющимися в его распоряжении ресурсами по их реализации. Понятие «дисстресс» относится к таким психическим состояниям и процессам, при которых постоянно или временно нарушается это равновесие из-за недостаточности ресурсов.

Доминирующим является представление о стрессе как столкновении индивида с окружающим миром. Стресс начинается со специфической оценки какого-либо события и собственных ресурсов по его преодолению. В результате формируются связанные с ним эмоции, возникают адаптивные реакции совладания (копинг). Стресс является динамическим процессом, который протекает в постоянном и обоюдном взаимодействии индивида с окружающим миром. При таком рассмотрении стрессовый эпизод как микрособытие повседневной жизни после воздействия стрессора может быть представлен последовательностью следующих явлений:

- осознание стрессора и его оценка;
- нарушение гомеостаза, связанные со стрессом эмоции и процессы познания;
- совладающее действие (реакция);
- результат копинга и новая оценка ситуации с возвращением к первому элементу данной структуры при неуспешности копинга.

Совладание со стрессом (копинг) по R. S. Lazarus (1966) — это когнитивные и поведенческие усилия по управлению специфическими внешними или внутренними требованиями (и конфликтами между ними), которые оцениваются как напрягающие или превышающие ресурсы личности.

Стрессы вызывают расстройства физической, психической и социальной составляющих целостности человека. Например, падение задумавшегося о своих проблемах человека с последующим переломом кости ведет к нарушению физической целостности, а сильная обида — к психическим и социальным последствиям. Стрессовые реакции или ответы на воздействие стресса могут быть физиологическими (автономное возбуждение, нейроэндокринные изменения), поведенческими (агрессия, бегство, дезорганизация), когнитивными (нарушения концентрации внимания, памяти, неверное истолкование) и эмоциональными (страх, гнев, тоска).

Нарушение гомеостаза под влиянием стресса возникает в зависимости от его характеристик или от восприятия его организмом. Организм реагирует автоматическими, адаптивными ответами или адаптивными действиями. Стрессовым эпизодом называется последовательность «ситуация — поведение» или «ситуация — действие», которая включает непосредственный положительный или отрицательный результат (Perrez M., Reicherts M., 1992).

Стресс и связанные с ним эмоции возникают тогда, когда автоматизированные процессы эмоционального регулирования оказываются неспособными восстановить гомеостаз. На стрессовую ситуацию влияет совладающее поведение, которое включает связанные со стрессом эмоции. Такими эмоциями могут быть тревога, депрессия, гнев, беспомощность и другие негативные эмоциональные состояния.

В качестве стрессоров рассматриваются жизненные события, которые систематизируются по степени негативной значимости и вре-

мени, требуемому на реадаптацию. В зависимости от этого различают повседневные трудности, неприятности или повседневные микрострессоры, критические жизненные или травматические события и хронические стрессоры. Время, требуемое на реадаптацию, при повседневных сложностях составляет минуты или часы, при критических жизненных событиях — недели или месяцы. Хронические стрессы иногда длятся годами.

Стрессовые события повседневной жизни вызывают нарушения самочувствия и ощущаются как угрожающие, оскорбительные, фрустрирующие или связанные с потерями. В содержательном плане в качестве повседневных стрессовых нагрузок выступают недовольство собственным весом и внешностью, состояние здоровья кого-то из членов семьи и возникающая из-за этого необходимость ухаживать за ним, досадные недоразумения, связанные с ведением хозяйства, повышение цен на потребительские товары, стресс на работе, денежные заботы, оплата налогов. Повседневные сложности можно описывать и обычными понятиями: рабочие стрессоры (излишек работы, конфликты на работе, сжатые сроки выполнения), межличностные и социальные стрессоры (конфликты в семье, трения с соседями, лицемерие), ролевые стрессоры (например, двойная роль — быть домашней хозяйкой и заниматься профессиональной деятельностью).

В жизни имеют место не только отрицательные повседневные события, но и духовные подъемы, которые сопровождаются положительными эмоциями и переживаниями.

Под критическими событиями (макрострессорами) понимаются события в жизни человека, которые:

- можно датировать и локализовать во времени и пространстве, что выделяет их на фоне хронических стрессоров;
- требуют качественной реорганизации в системе индивид — окружающий мир и этим отличаются от временной, преходящей адаптации;
- сопровождаются стойкими аффективными реакциями, а не только кратковременными эмоциями, как это регулярно случается в жизни.

При критических жизненных событиях требуются более высокие затраты и более продолжительное время на адаптацию, чем это необходимо при действии повседневных микрострессоров.

Критические жизненные события называются нормативными, если их можно предсказать, так как они имеют биологическую или культурную природу (например, пубертатный возраст, поступление в школу) и с большей или меньшей вероятностью наступают у всех членов общества. Ненормативные критические жизненные события отличаются внезапностью и непредсказуемостью, например неожиданная смерть кого-то из близких. Критическими могут оказаться как положительные (желаемые, социально связанные с позитивным значением — брак, рождение ребенка), так и негативные (нежелательные, сопровождаемые преимущественно негативными эмоциями — печалью, страхом) жизненные события. В этих случаях психика по-разному подвергается воздействию из-за необходимости адаптации. Разные последствия обусловливаются к тому же зависимостью или независимостью события. Причины первых объясняются, по крайней мере частично, собственными поступками или упущениями (например, разрыв сложных личных отношений). Независимые события происходят по внешним причинам (например, потеря места работы из-за закрытия фирмы).

В противоположность ограниченным по своей длительности критическим жизненным событиям и повседневным стрессорам хронические стрессоры продолжаются более длительное время, представляют собой постоянно повторяющиеся тяжелые испытания (например, нагрузки на работе или в семье, часто называемые хроническим напряжением). Но под хроническим стрессором можно также понимать затянувшиеся нагрузки, возникающие по вине жизненных событий или их следствия, например развода.

Наносить вред здоровью могут как интенсивные, более или менее короткие стрессовые жизненные события, так и длительные последствия стрессоров и хронические стрессоры. Это относится к появлению симптомов вообще и специфических психических расстройств в частности.

Люди по-разному реагируют на стрессоры. Точно предсказать последствия воздействия стрессовых факторов сложно. Это связано с тем, что между стрессорами и их последствиями действуют другие факторы. К ним относятся качества стрессоров, личностные свойства, способность преодолевать нагрузки и социальные факторы (например, социальная поддержка).

Стрессовые, отягощающие события редко становятся основной причиной психических расстройств. Стрессоры вызывают нарушения адаптации только в сочетании с различными внутренними и внешними факторами.

Особенностями личности, выступающими как опосредующие факторы при стрессе, являются эмоциональная стабильность, «душевное здоровье», выносливость и др. К особенностям личности, влияющим на то, что происходит при стрессе, принадлежит также стиль психологической защиты. S. Freud предложил концепцию защитных механизмов, которая была развита A. Freud. В современных исследованиях личности с наибольшим интересом изучались такие защитные механизмы, как вытеснение и отрицание. По мнению A. Freud, функция вытеснения имеет направленность внутрь и служит для устранения угрожающих инстинктивных импульсов. И наоборот, отрицание, будучи первым шагом защиты, защищает Я индивида от угрозы внешнего мира. Аналогично интеллектуализация — это предотвращение опасности, с направленностью внутрь, а бдительность — вовне.

Наряду с личностными признаками и особенностями преодоления стрессового события важную роль играют характеристики социального окружения: социальная сеть и социальная поддержка. Под социальной сетью понимается система социальных отношений человека, под социальной поддержкой — удовлетворение специфических социальных потребностей: в близости, защите, информации, практической помощи, разрядке, успокоении. Это понятие указывает на главный функциональный аспект социальных отношений и сетей отношений.

Копинг — это совладание, адаптивное поведение в целях восстановления равновесия. В концепциях копинга делается попытка осмыслить процесс, который начинается переработкой информации и посредством стрессовых эмоций приводит к адаптивным реакциям индивида. Этому процессу впервые было уделено внимание в психоанализе, где введено понятие защитных механизмов, описаны их различные формы, которые служат защите от тревоги и страха. По представлению S. Freud, Я под влиянием требований Сверх-Я пытается отвергнуть требования инстинктов. В ходе развития человек вырабатывает защитные механизмы для того, чтобы защищаться от внутрен-

них раздражителей, т. е. не допускать угрожающие раздражители до сознания.

Психологический смысл основных защитных механизмов может быть представлен следующим образом:

1. Вытеснение: мысли, образы или воспоминания, вызывающие страх, вытесняются в бессознательное или ставится препятствие для их представления в сознании.
2. Идентификация: решение конфликта происходит посредством принятия ценностей, мировоззрений какого-то другого лица.
3. Отрицание: потенциально травматическая реальность не воспринимается как таковая.
4. Проекция: желания или чувства, вызывающие страх, экстернализируются и приписываются другим.
5. Рационализация: для проблем, связанных со страхом, ищется разумное объяснение, чтобы избавить их от угрожающего содержания.
6. Реактивное образование: неприемлемые, угрожающие импульсы нейтрализуются, трансформируясь в свою противоположность (например, агрессия — в заботливость).
7. Регрессия: переход какой-то формы психической организации на более раннюю ступень, характеризующуюся более простыми структурами.
8. Сублимация: приемлемая для данной культуры трансформация сексуальных инстинктов в какую-либо несексуальную, общепринятую сферу (художественную, интеллектуальную, социальную, политическую), где они могли бы раскрыться.

Представления A. Freud явились следующим шагом в развитии и популяризации психоаналитических идей о механизмах защиты. Наряду с суммированием защитных механизмов, описанных ее отцом, A. Freud представила несколько новых механизмов (идентификация с агрессором, интеллектуализация и др.). Ее заслуга состоит также в описании наблюдений, согласно которым люди имеют склонность выборочно использовать немногие защитные механизмы, несмотря на их более широкий потенциал.

Еще одна влиятельная идея A. Freud заключается в том, что некоторые защитные механизмы следует рассматривать как потенциаль-

но более патологические по сравнению с другими. Предложена иерархическая модель континуума от «незрелых» до «зрелых» защит. Зрелые защиты определяются как виды активности (деятельности), подобные сублимации, юмору или подавлению. Незрелые защиты оцениваются как активности, подобные проекции, ипохондризации и пассивной агрессии. Был предложен и промежуточный тип защит (невротические защиты), который включал интеллектуализацию, подавление, формирование реакции. Предполагается, что лица, использующие зрелые защиты, имеют лучшее психическое здоровье и более адекватные взаимоотношения по сравнению с применяющими незрелые защитные механизмы.

Стили совладания представлялись, как уже отмечалось, в виде иерархии от здоровых форм (определялись как копинг) до прогрессивно менее здоровых или дисфункциональных (назывались защитами), например невротических или психотических. Определенные формы (например, отрицание) автоматически рассматривались как патологические и патогенные, а другие — как здоровые или близкие к здоровым (например, сублимация).

В 60-х гг. XX века начались новые исследования по копингу, которые ранее связывали с защитными механизмами. Некоторые авторы начали обозначать определенные «адаптивные» защитные механизмы (например, сублимацию) как копинговую активность. По N. Haan (1965): «Копинговое поведение отличается от защитного поведения тем, что последнее, по определению, является ригидным, вынужденным, искажающим реальность и недифференцированным; тогда как первое является гибким, целенаправленным, ориентированным на реальность и дифференцированным».

Начиная с 1970-х гг. работы, посвященные адаптивным защитам, приобрели самостоятельный интерес как исследование сознательных стратегий, которые используются человеком, сталкивающимся со стрессовыми ситуациями. Сознательные стратегии по реагированию на стрессовые ситуации были определены как копинговые ответы. Однако позднее было показано, что копинг включает не только сознательные, но и автоматизированные, неосознаваемые виды совладающей активности.

Современные концепции стресса опираются прежде всего на когнитивно-феноменологический подход R. Lazarus, который, если рас-

сматривать и физиологические аспекты стресса H. Selye, представляется как общий адаптационный синдром. Стрессовая реакция является результатом определенных отношений между требованиями к человеку и имеющимися в его распоряжении ресурсами. К внутренним ресурсам относятся индивидуальные переменные: способность к сопротивлению, эмоциональная стабильность. К ресурсам окружающего мира принадлежит, например, характер социального окружения. Если соотношение между требованиями и способностями кажется человеку уравновешенным, то возникает эустресс. Когда стрессор оценивается как вызывающий ущерб или потерю, то нарушается чувство собственной ценности и появляются такие эмоции, как печаль или гнев. Если же ситуация оценивается как опасная, то следствием является страх. Стрессовые эмоции направленно мобилизуют человека, изменяя его готовность к действию для определенных адаптивных (копинговых) реакций.

Результатами или следствиями стресса и копинга (как элемента стресса) являются психологические, социальные и физиологические эффекты, которые влияют на благополучие (качество жизни) человека, его здоровье или состояние болезни, а также на продуктивность его деятельности.

Изучается влияние стрессоров на психические и соматические расстройства. Стрессор может представлять собой необходимое и достаточное условие для возникновения какого-то расстройства. Типичными примерами служат хронические приспособительные и стрессовые реакции, такие как переживание горя или посттравматическое стрессовое расстройство. Стрессор может явиться дополнительной причиной — когда для возникновения расстройств требуются и другие факторы. Например, гипотеза диатеза-стресса предполагает, что, помимо воздействия стрессора для возникновения определенного расстройства необходима особая уязвимость индивида (Коцюбинский А. П. и др., 1999). Стрессоры могут усугубить какое-то уже существующее условие для возникновения расстройства, в результате чего превышается его определенное, пограничное значение и расстройство становится очевидным. Провоцирующее действие стресса выступает в том случае, когда он является пусковым событием до начала расстройства. Но стресс может иметь протективное действие, приводя

к активации личностных и социальных ресурсов и даже к позитивному изменению отношения к имеющейся психической проблеме.

Во многих работах (Perrez M., Matathia R., 1993; Reichets M., 1998, и др.) было установлено, что более эффективно преодолевают стресс и показывают более высокие значения по критериям душевного здоровья те люди, которые чаще руководствуются правилами адаптивного поведения. Исследование копинга у лиц, страдающих неврозами (Карвасарский Б. Д. и соавт., 1999), показало, что по сравнению со здоровыми людьми для них характерна бóльшая пассивность в разрешении конфликтов и проблем, им свойственно менее адаптивное поведение. Больные неврозами, например, часто реагируют «растерянностью» (когнитивная копинговая стратегия), «подавлением эмоций» (эмоциональная копинговая стратегия) и «отступлением» (поведенческая копинговая стратегия). После активного участия в психотерапии, направленной на улучшение понимания и преодоление невротических проблем, был получен важный результат — лица, страдавшие невротическими расстройствами, не только улучшили состояние своего здоровья, но и развили способность к использованию более адаптивных, более адекватных ситуации копинг-стратегий.

Была предложена также концепция совладающего поведения в виде копинга, связанного с принятием, и копинга, связанного с избеганием. После ухудшения здоровья, в начале соматического заболевания, избегающие формы копинга, такие как отрицание, могут быть полезны. Однако они обычно вредны в отдаленном периоде болезни. Среди пациентов, перенесших операции на сердце, для последующего повышения качества жизни копинг, связанный с принятием, имел положительные корреляции, а копинг, связанный с избеганием, — отрицательные. У раковых больных позитивная реинтерпретация событий ассоциируется с меньшим эмоциональным дистрессом, а уход/избегание — с большим. Для пациентов, страдающих ревматоидным артритом, поиск информации служит предиктором развития положительного эмоционального состояния, тогда как фантазии о выполнении желаний и самообвинения ведут к ухудшению настроения.

Стресс и сопровождающий его копинг тесно связаны с психическими и соматическими расстройствами.

1. Стресс может быть причиной (или одной из причин) либо разрешающим фактором (или одним из разрешающих факторов) соматических и психических расстройств.
2. Патогенное воздействие стресса зависит от личностных свойств, от вида и способа копинга, от признаков социального окружения (социальная среда, социальная поддержка).
3. Отдельные психические расстройства можно понимать как характерные модели совладания со стрессом (например, депрессивные расстройства содержат типичный набор признаков копинга).
4. Психические расстройства и соматические болезни обычно сами по себе являются более или менее тяжелыми стрессорами, преодоление которых влияет на качество жизни, а иногда и на течение болезни.

Множество разрозненных научных данных не позволяют дать простые ответы на большинство из поставленных вопросов, однако основные направления разработки существующих проблем были приведены. Концепции стресса и копинга важны для понимания этиологии или анализа условий возникновения болезненных расстройств. Эти подходы имеют значение и для воздействия на стресс.

Психосоматическое учение о болезни

Психосоматические соотношения представляют важную часть биопсихосоциального понимания болезни. Процесс дифференциации медицинских дисциплин в лечебной практике, неизбежный в связи с развитием все более сложных методов исследования и терапии, ограничивает возможности анализа больного человека с целостных (холистических) позиций. В таких условиях становится труднее осуществлять традиционный принцип отечественной медицины «лечить больного, а не болезнь». Целесообразность биопсихосоциального подхода диктуется также коморбидностью, характерной особенностью современной заболеваемости человека. Необходимость изучения ВОП как специалистом первой линии основ психосоматической медицины становится очевидной, если учитывать, что на обследование и лечение больного с психосоматической патологией затрачивается в 2–4 раза больше времени, чем на пациента с терапевтическим заболеванием (Симаненков В. И., Успенский Ю. П., 2006), в механизмах развития которого явно не участвуют психосоциальные факторы.

Психосоматические расстройства могут быть размещены в определенном «психосоматическом континууме». Этот континуум включает совокупность психосоматических расстройств от транзиторных нарушений социально-психологической дезадаптации с дисфункциями висцеральных систем до развернутых психосоматических заболеваний. В МКБ-10 отсутствует понятие «психосоматическое заболевание», чтобы не возникло предположение, что существуют соматические заболевания, при которых эти психосоциальные факторы не имеют значения.

В своем развитии психосоматическое учение о болезни прошло ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция. Первые психосоматические теории связаны с психоанализом S. Freud. Он создал конверсионную модель психосоматического расстройства как истерического симптомокомплекса, которая приписывает телесным нарушениям функцию символи-

ческого выражения подавленных интрапсихических конфликтов. В последующем для большинства исследователей стало очевидно, что конверсия как принцип разъяснения применима лишь к определенной группе символически детерминированных симптомокомплексов, но для большинства психосоматических расстройств она неприменима. Согласно современному психодинамическому взгляду на развитие психосоматических расстройств (Brautigam W., Christian P., 1986), для конверсии характерны:

1) прямой переход из психической сферы в соматическую;
2) удержание вне сознания вытесненной либидинозной энергии, ее переход в соматическую иннервационную энергию;
3) возникновение физических симптомов, символически выражающих содержание бессознательных переживаний и, таким образом, доступных для толкования;
4) появление симптомов, относящихся к сфере произвольной моторики и сенсорных функций;
5) связь классической конверсионной симптоматики с сексуальным конфликтом.

Взгляды S. Freud развил F. Alexander (2002), который разработал в 1934 г. теорию «специфического личностного конфликта». Этот конфликт был определен для семи психосоматических заболеваний, таких как эссенциальная гипертензия, гипертиреоз, ревматоидный артрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, нейродермит, бронхиальная астма, язвенный колит. F. Alexander выступал против придания симптомам исключительного символического значения. Он выделил группу психогенных расстройств в вегетативных системах организма, назвав их вегетативными неврозами. При этом симптом оценивался не как символическое замещение подавленного конфликтного содержания, а как нормальное физиологическое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Восприятие F. Alexander так называемых им психосоматических заболеваний имело три аспекта:

1) специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие (в то время еще неизвестные) генетические, биохимические и физиологические «Х-факторы»;

2) определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенсибилизирован в силу ключевых конфликтов, усиливают эти конфликты;
3) сильные эмоции сопровождают усиленный конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях.

Развитие идей S. Freud нашло отражение также в работах F. Danbar (1935), проработавшей много лет в соматической клинике и предложившей теорию личностных профилей. F. Danbar описала профили личности для ряда болезней (ишемическая болезнь сердца, ревматоидный артрит, сахарный диабет, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, сердечная аритмия, язвенная болезнь, анорексия) и дала им названия: «язвенная личность», «коронарная личность», «аритмическая личность», «артрическая личность» и т. д. Концепция F. Danbar повлияла на развитие психосоматического учения о болезни, в частности на работы M. Friedman и R. Rosenman (1960), которые описали личности типа А и Б, причем первый сопряжен с развитием ишемической болезни сердца. Личность типа А — это ориентированные на действие субъекты, которые стремятся к достижению своих целей посредством враждебного соперничества. Личности типа Б, напротив, спокойны и менее агрессивны. При типе А повышено содержание холестерина сыворотки крови, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, способствующих развитию коронарной болезни.

По мнению Б. Д. Карвасарского (2007), анализ психосоматической литературы не дает основания говорить о специфическом личностном профиле, характерном для таких классических психосоматических заболеваний, как язвенная болезнь, бронхиальная астма и др. Однако отмечается, например, корреляция преморбидных особенностей личности больных ишемической болезнью сердца со свойствами так называемой «достигающей личности», стенично и упорно стремящейся преодолевать трудности на пути к успеху (тип А).

Своеобразным холистическим подходом в психосоматическом учении о болезни является «медицинская антропология» (Weizsäcker V., 1940), в рамках которой болезнь приобретает определенный смысл.

Общее понимание истории жизни, которое возникает в результате врачебной беседы, придает новое значение болезненному процессу. V. Weizsäcker писал: «Центральным пунктом было бы то... что я не только приобретаю болезнь, но и сам ее создаю и формирую; что я свое страдание не только терплю и стремлюсь устранить, но я в нем нуждаюсь и желаю его». Малосущественно преобладание психического или соматического: субъективное выражается в телесных процессах, а соматическое — в душевных. Концепция V. Weizsäcker основывается на беседах врача и больного, в результате чего история болезни пациента становится понятной из истории его жизни. Это особенно наглядно проявляется в те периоды, которые автор определил понятием «криз» и которые одновременно являются поворотным пунктом и характеризуются переворотом в соматических функциях. Критические пики возникают в ситуациях разлуки, при нарушениях привычного ритма жизни, которые вполне осознаются, но могут протекать и на неосознанном уровне.

Ряд исследователей вели поиск общих проявлений, которые отличали бы больных с психосоматической симптоматикой. В 1967 г. P. E. Sifneos ввел термин «алекситимия» (*a* — отсутствие, *lexis* — слово, *thymos* — эмоции), дословно означающий «отсутствие или недостаток слов для выражения эмоций». Для лиц с алекситимией характерна ограниченная способность к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватная вербализация и экспрессивная передача. Мышление таких людей носит конкретно-бытовой характер, для них свойственно отсутствие фантазий, бедность воображения, неспособность вспоминать сновидения (Nimiah J. C., 2000). Алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска развития психосоматического расстройства.

Свой вклад в развитие психосоматического учения о болезни внесла теория «объектных отношений», в соответствии с которой болезнь понимается как следствие психобиологической дисрегуляции с учетом влияния межличностных отношений. Было установлено, что начало болезни практически всегда совпадает с определенными событиями жизни, которые воспринимаются как угрожающие или сверхсильные. Часто оно оказывается связанным со стрессом, вызванным смертью близкого человека или разрывом отношений с ним. Было замечено также, что тяжелые соматические заболева-

ния, например, такие как лейкемия, язвенный колит, у взрослых и детей нередко развиваются вслед за потерей «ключевой фигуры», игравшей наибольшую роль в жизни человека. Причем переживание события как потери гораздо важнее его реальности. «Ключевая фигура» используется психосоматическими больными как средство, жизненно необходимое им для успешной адаптации. Ее потеря воспринимается как утрата части себя, провоцируя сверхсильные чувства беспомощности, безнадежности, тоски, увеличивающие уязвимость организма и риск возникновения болезни.

Нейрогуморальные теории развития психосоматического заболевания исходят из того, что расстройство возникает вследствие нарушений внутреннего равновесия и понимается как проявление общего неспецифического адаптационного синдрома (Selye H., 1953). Согласно концепции стресса, в случае, когда организм подвергается действию сильных агентов — «стрессоров», возникает состояние, проявляющееся синдромом, который включает в себя неспецифические изменения в биологической системе. Теория «общего неспецифического адаптационного синдрома» позволила объяснить происхождение так называемых болезней адаптации: гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и др. Фактор субъективного восприятия стрессогенной ситуации часто играет решающую роль в степени воздействия на личность, особенно если она характеризуется психосоматическими чертами. Острые психологические расстройства обусловливают развитие дистресса, а накопление хронических стрессовых реакций, в совокупности превышающих норму адаптации, может иметь следствием формирование психосоматических заболеваний.

Согласно представлениям R. S. Lazarus (1976), возникновение психосоматических расстройств основывается на реакциях личности в ответ на изменения окружающей среды. Психосоматические расстройства являются результатом нарушения взаимодействий между личностью и окружающей средой. Причем характер и выраженность нарушений определяется структурой личности, системой ее ценностей, мотивациями и способностями. Механизмы совладания с ситуацией или копинг-поведения (совокупность процессов, происходящих в личности и направленных на достижение адаптации к стрессу, контроля над ним, сохранения деятельности на фоне стресса), определяются личностными особенностями и значением ситуации для человека.

Процессы совладания являются частью аффективной реакции, и от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза.

Ряд точек зрения на психосоматическую проблему высказывают российские исследователи. Сложность и многофакторность патогенеза психосоматических расстройств подчеркивает Д. Н. Исаев (1996), выделяя основные его факторы:

1) неспецифическая наследственность и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами (отклонения из-за хромосомных аберраций повышают риск развития психосоматозов, что связывается с поражением лимбической структуры);
2) наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам, обнаруживаемая у больных артериальной гипертензией в 22,7–62,5%; бронхиальной астмой — 65,5–85,0%; нейродермитом — 66,0%; экземой — 61,0% случаев;
3) нейродинамические сдвиги (нарушения деятельности ЦНС способствуют накоплению аффективного возбуждения, напряжению вегетативной активности, ускорению кровотока и др.);
4) личностные особенности (в виде замкнутости, сдержанности, недоверчивости, тревожности, сенситивности, склонности к легкому возникновению фрустраций, разочарований, преобладанию отрицательных эмоций, невысокого уровня интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов);
5) психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий (возникновение в момент переживания жизненных трудностей чувства безысходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствия активности и предприимчивости);
6) фон в виде неблагоприятных семейных и других социальных факторов (если число событий, приводящих к серьезным изменениям, возрастет более чем в 2 раза по сравнению со средним числом, то вероятность заболевания составит 80%; нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте увеличивают риск развития психосоматозов);
7) особенности психотравмирующих ситуаций (восприимчивость к стрессорам у разных людей различна и зависит от их психологической значимости для данного человека, а также от источника

и масштаба воздействия, например страх войны, экологические бедствия, боязнь нападения или переживание семейных конфликтов).

Четыре группы состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений, выделяет А. Б. Смулевич (1997):

1) соматизированные психические реакции, формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического либо конституционного регистров (неврозы, невропатии);
2) психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний;
3) реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности (реализуемого на патогенетической основе) и относящиеся к категории симптоматических психозов;
4) реакции по типу симптоматической лабильности — психогенно спровоцированная, связанная с сочетанием социальных и ситуационных факторов манифестация либо **экзацербация** проявлений соматического заболевания. Реакции рассматриваемой группы формируются при участии конституционального предрасположения (алекситимического, «коронарного» и других типов) в результате взаимодействия психической (тревожное, депрессивное, дисфорическое, конверсионное, астеническое и другие расстройства) и соматической патологии, сопровождающейся образованием общих симптомокомплексов.

В свете современных представлений о развитии психосоматических расстройств заслуживает внимания онтогенетическая концепция психосоматического процесса, разработанная В. И. Симаненковым (2000). Теоретической базой для ее построения послужили труды П. К. Анохина, А. М. Уголева, Ю. М. Губачева. Автор формулирует 9 положений и представляет механизмы развития и течения психосоматических заболеваний:

1. Психосоматические заболевания развиваются на базе генетических (иммуногенетических) предпосылок, реализующихся в кон-

ституциональных морфофункциональных характеристиках человека и особенностях его иммунной и нейроэндокринной реактивности, центральной вегетативной регуляции.

2. В условиях психологических конфликтов и эмоциогенных дистрессорных воздействий формируются состояния социально-психологической дезадаптации, а в дальнейшем и личностные расстройства.
3. Именно «наложение» средовых стрессорных факторов, воздействующих на человека в ходе его индивидуального развития и социально-психологической дезадаптации, на конституционально-генетические характеристики позволяет говорить об онтогенезе психосоматических страданий.
4. В процессе психосоматического онтогенеза происходит формирование вертикально организованных функциональных систем с множественными пересекающимися прямыми психо-нейро-эндокринно-иммунными и обратными соматопсихическими связями и образованием «психосоматического контура».
5. «Орган-мишень» в таком контуре играет активную роль и может модулировать состояние центральных звеньев функциональной системы.
6. В фазе обострения заболевания жесткость психосоматической функциональной системы может уменьшаться за счет большей автономности «органа-мишени».
7. Именно в ремиссии наиболее полно проявляется структура психосоматической функциональной системы. Достижение ремиссии происходит как за счет многоуровневой адаптационной перестройки, так и путем компенсаторной активации новых звеньев системы.
8. При заболеваниях с прогредиентным течением по мере нарастания органического дефекта, в связи со снижением адаптивных возможностей отдельных звеньев функциональной системы происходит сужение «адаптационного коридора» и развивается сенсибилизация системы, делающая достижение стойкой ремиссии маловероятным.

9. Из основных положений концепции онтогенетического психосоматического процесса следует, что средства адаптационной и психотропной терапии могут позитивно влиять как на психологический статус больных, так и на состояние органов-мишеней, а также течение психосоматических заболеваний.

В понимании автора адаптационная терапия — это любой вид лечения, направленный не на медиаторную или метаболическую блокаду или на ликвидацию экзогенного токсического или инфекционного агента, а на стимуляцию толерантности к стрессу и адаптационно-компенсаторных систем саногенеза. В данном определении под стрессом понимаются не только психологические факторы, но и любые физические, химические или механические воздействия. Таким образом, именно последнее, девятое положение онтогенетической концепции психосоматического процесса отвечает на ключевой вопрос: а зачем нужны ВОП знания в области психосоматической медицины? Ответ напрашивается сам собой: чтобы повысить качество лечебно-диагностического процесса в соматической клинике.

Таким образом, настоящее время характеризуется тенденцией: все самое ценное из психосоматических учений о болезни прошлого использовать при разработке современных интегративных концепций психосоматики. О психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании говорят тогда, когда выявляется четкая связь трех факторов: предрасположенность — личность — ситуация. Она может служить лишь толчком к возникновению невротических или психосоматических расстройств, которые в дальнейшем развиваются по собственным законам. Констатация наличия психосоматических расстройств не ведет к отрицанию основного нозологического диагноза. Психосоматический подход раскрывает возможности повышения эффективности лечения заболеваний благодаря включению в комплексную терапию психосоциальных воздействий, прежде всего методов психотерапии.

Клинико-психологические аспекты боли

Учение о боли является одной из центральных проблем биологии, медицины и психологии. П. К. Анохин определял боль как своеобразное психическое состояние человека, обусловленное совокупностью физиологических процессов центральной нервной системы, вызванных к жизни каким-либо сверхсильным или разрушительным раздражением. В работах отечественных ученых М. И. Аствацатурова и Л. А. Орбели особенно четко сформулированы представления об общебиологическом значении боли. В отличие от других видов чувствительности, болевое ощущение возникает под влиянием таких внешних раздражений, которые ведут к разрушению организма или угрожают этим разрушением. Боль предупреждает о грозящей человеку опасности, она является сигналом, симптомом болезненных процессов, разыгрывающихся в различных частях организма. Для медицинской практики в связи с «сигнальным» значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого ощущения. Трудность и сложность этой оценки связаны с тем, что по своему характеру боль является субъективным ощущением, зависящим не только от величины вызывающего ее раздражителя, но и от психической, эмоциональной реакции личности на боль. «Являясь пограничной проблемой общей нейрофизиологии и науки, изучающей первичные формы ощущений, т. е. состояния субъективного характера, — писал П. К. Анохин (1962), — боль может иметь огромный познавательный смысл, представляя опорную веху на большой и трудной дороге материалистического анализа психических состояний». «Мы не равны перед болью» (Leriche R.). Этот двойственный характер боли объясняет, почему не только в работе ВОП, но и в трудах ряда выдающихся представителей медицины встречается недооценка в известной мере значения для диагностики степени субъективного переживания боли. Так, Н. И. Пирогов писал, что «на перевязочных пунктах, где скопляется столько страждущих разного рода, врач должен уметь различать истинное страдание от кажущегося. Он должен знать, что те раненые, которые сильнее других кри-

чат и вопят, — не всегда самые трудные и не всегда им первым должно оказывать неотлагательное пособие».

Изучению условий, определяющих интенсивность болевого ощущения, посвящены многочисленные исследования. Они с убедительностью показали, что переживание боли индивидом зависит как от величины раздражения (прежде всего от его силы, длительности и качества), так и от индивидуальной реактивности организма, функционального состояния его нервной системы, зависящих, в свою очередь, от ряда факторов, в том числе и психологических в значительной степени. Подчеркивается неабсолютное значение каждого из указанных компонентов, определяющих субъективное переживание боли.

Рассмотрим кратко основные факторы, влияющие на интенсивность болевого ощущения. Переживание боли в обычных условиях зависит от силы и длительности болевого раздражителя. Эта зависимость особенно очевидна в случаях достаточно интенсивного и продолжительного потока болевой импульсации. При этом в нервных центрах (в подкорковых образованиях и в коре) возникает состояние, которое И. П. Павлов охарактеризовал как инертный процесс возбуждения, а А. А. Ухтомский назвал доминантой. Болевой синдром, ставший доминантным, обрастает многообразными условными связями, образующимися не только на основе первосигнальных и второсигнальных раздражителей, но и в связи с представлениями и более сложными психическими переживаниями. Классическим примером болевой доминанты является болевой синдром при выраженных каузалгиях.

На интенсивность болевого ощущения влияет также тип нервной системы, нарушения деятельности желез внутренней секреции, в частности половых желез и др.

В ряду психологических факторов, имеющих большое значение в переживании боли, следует прежде всего указать на следующие: отвлечение внимания и сосредоточение на боли, ожидание боли, различные эмоциональные состояния — горе, радость, гнев; особенности личности — стойкость и выносливость к боли, изнеженность и невыносливость; общественно-моральные установки, содержание и направленность жизненных связей человека, определяющих его отношение к боли.

Важную роль в переживании болевого ощущения играет ожидание боли и отношение к ней, от чего в значительной степени зависят «пределы выносливости» боли и возможности ее преодоления. Ожидание, «боязнь боли», по М. И. Аствацатурову, является примитивной формой эмоции страха вообще: «Боль и эмоция представляются чрезвычайно тесно связанными общностью их биогенетических корней и тождеством их биологической сущности». Обосновывая это положение, он пишет, что функциональное назначение болевого чувства состоит не в дискриминативной функции различения качества внешнего воздействия, а в аффективном переживании чувства неприятного, являющегося стимулом к удалению от соответствующего объекта. Отождествление болевой чувствительности с эмоцией вызвало возражение ряда исследователей. Так, Б. Г. Ананьев (1961) указывает, что альтернативная постановка вопроса: боль — эмоция или боль — ощущение носит метафизический характер; она разрывает сенсорно-аффективное единство боли. Боль — цельная реакция личности, выражающаяся как в субъективных переживаниях, так и в объективной деятельности.

В исследованиях сотрудников Б. Г. Ананьева (З. М. Беркенблит, А. Н. Давыдова) было установлено, что даже при весьма эмоциональном переживании боли в нем достаточно четко выражены гностические компоненты, характерные для всякого другого рода ощущений. Несмотря на напряженное ожидание боли, окрашенное эмоцией страха, испытуемые совершенно правильно определяли силу раздражения и, несмотря на сознательную со стороны экспериментатора дезориентацию испытуемого, сохранялась полная адекватность ощущения. Она показала, что под влиянием представлений о данном типе боли и возникавшего на его основе напряженного ожидания боли, сильно эмоционально (отрицательно) окрашенного, значительно повышалась чувствительность, чему соответствовало уменьшение величины порогов болевой чувствительности. Но наряду с этим повышалась и выносливость к боли, что выражалось в увеличении верхних порогов болевой чувствительности. Это происходило благодаря включению в переживание боли волевых механизмов: стремления испытуемых к осуществлению намерений, формирующихся у них в процессе эксперимента (проверка собственной выносливости, сравнение себя с другими испытуемыми и т. д.). Эти данные показывают

роль представлений о боли и образуемого на их основе снижения боли в индивидуальном варьировании болевой чувствительности. Чувствительность к боли у испытуемых была тем выше, чем сильнее было ожидание боли и связанное с ним эмоциональное и аффективное напряжение.

На значение в переживании боли жизненной установки человека, определяемой его отношениями, указывали В. Н. Мясищев, Б. Г. Ананьев, Б. Д. Карвасарский, H. Beecher и др. Более 150 лет тому назад знаменитый французский хирург Dupuytren писал: «Каково же моральное отличие тех, кого мы лечим в гражданских госпиталях, от лиц, получающих огнестрельные ранения? Военный человек привык к тому, что он должен забыть о себе и семье и что его ожидает перспектива быть искалеченным. Он считает себя счастливым, если спасает себе жизнь, теряя конечность, и поскольку он уверен в безопасности, то он мужественно, даже радостно, встречает скальпель хирурга. Но посмотрите на несчастного рабочего, фермера, ремесленника, который является единственным кормильцем большой семьи. Он подавлен страхом, его ожидает нищета, он в глубоком отчаянии, он потерял надежду. Он с сожалением соглашается на настояние хирурга. Не надо удивляться различию полученных результатов».

H. Beecher исследовал взаимоотношения между выраженностью ранения и интенсивностью болевого ощущения у гражданских лиц и солдат, поступивших для хирургического лечения в госпиталь. Отсутствовала зависимость между величиной раны и ощущением боли. Определяющим в переживании боли являлось отношение к ней больного. Для солдат, прибывших в госпиталь из района боевых действий, где они в течение нескольких дней подвергались почти непрерывной бомбардировке, поступление в госпиталь и операция означали относительную безопасность, освобождение от отчаянного страха смерти и последующий перевод в тыл. Только 32% из них испытывали сильную боль и просили морфий. У гражданских лиц меньшее оперативное вмешательство сопровождалось значительно более выраженным болевым ощущением. Применение морфия из-за сильной боли потребовалось у 88% этих больных. H. Beecher приходит к выводу, что в переживании боли размер раны имеет меньшее значение, чем эмоциональный компонент страдания, определяемый отношениями больного.

На основании психологических исследований боли А. Н. Давыдова делает вывод об определяющем значении в переживании боли отношения к ней человека. «Боль, — пишет она, — сама по себе не имеет самодовлеющей силы, поскольку эмоции, сопровождающие болевые ощущения, опосредуются определенным жизненным содержанием». В приведенном автором примере показано различное переживание боли двумя ранеными. В первом случае операция была направлена на восстановление деятельности руки (удаление пули). Больной заявил: «Я ждал этой операции с нетерпением, это был выход снова в жизнь». Иной была установка второго раненого, ждущего оперативного удаления руки ввиду наступившей гангрены: «Мне казалось, что я не переживу этого дня, все померкло в моей жизни». Эти две установки резко отличались друг от друга, а отсюда иным было отношение к боли, иным эмоциональное переживание ее. В первом случае: «Я не помню, была ли сильная боль, кажется, нет». Во втором случае: «Все было мучительно и больно, с начала до конца, и до, и после».

Как при функциональных болях, так и при болях, в основе которых лежат органические изменения, отношения личности играют важную роль (не в возникновении, а в степени переживания боли). Боль нередко достигает наибольшей выраженности у больных с личной неустроенностью, отсутствием цели и другими неразрешенными конфликтами. Сосредоточивая на себе внимание больных, болевые ощущения в подобных случаях используются как средство выхода из травмирующей ситуации, помогают больным уйти от разрешения реальных жизненных трудностей.

Б. Г. Ананьев также указывает на значение в овладении болью, в изменении «пределов выносливости» боли сознательной установки человека. Именно в этом изменении «пределов выносливости», а не в абсолютной болевой чувствительности, по его мнению, проявляется личность человека в ее отношении к боли.

В тесной связи с рассмотренным выше находится один из наименее изученных разделов учения о боли — проблема психалгий, или психических болей. В зарубежной психосоматической литературе распространены чисто психологические трактовки психалгий, в кото-

рых отрицание нейрофизиологических механизмов боли чаще всего сочетается с анализом их психогенеза с психоаналитических позиций.

Наиболее систематизированное изложение психосоматической концепции боли содержится в работе G. L. Engel (1958). Он обосновывает положение о том, что возможно существование боли «как чисто психического феномена», боли без болевой импульсации с периферии. Доказательства автора сводятся к следующим основным положениям:

1. Боль имеет сигнальное защитное значение, она предупреждает об угрозе повреждения или утраты части тела. В плане развития боль возникает всегда при наличии болевой импульсации с периферии. Психический механизм боли развивается в процессе филогенеза и онтогенеза на основе рефлекторного механизма. Но как только психический механизм боли возник, для ощущения боли уже не требуется периферического раздражения. И это определяется тем огромным значением, которое имеет боль в истории жизни индивидуума.
2. Боль — утешение любимым человеком — устранение боли — вся эта цепь играет важную роль в становлении нежных отношений и позволяет объяснить «сладкое удовольствие» от боли. Боль позволяет сблизиться с любимым человеком. Некоторые индивидуумы поступают таким образом, как будто боль стоит такой цены.
3. Боль — наказание. Боль наносится при нарушении каких-то правил. В этом случае она — сигнал вины, а отсюда и важный посредник для искупления вины. Некоторые дети, так же как и взрослые, рады боли, если это приводит к прощению их и к соединению с любимым человеком.
4. Существует определенная связь между болью и истинной или воображаемой потерей любимых лиц, в особенности если есть вина в агрессивных чувствах по отношению к этим лицам. Боль является в этих случаях средством психического искупления. Человек уменьшает чувство потери, испытывая боль в своем собственном теле.
5. Боль может сочетаться с половым чувством. На высоте полового возбуждения боль не только может быть нанесена, но и является

источником наслаждения. Когда это становится доминирующим, то говорят о мазохизме.

Некоторые люди в большей степени, чем другие, склонны использовать боль как психический феномен, независимо от того, имеет она или не имеет периферического компонента. Эти люди отличаются рядом особенностей, которые с учетом того, что уже говорилось выше, можно свести к следующему:

1) преобладание вины, при которой боль — удовлетворительный способ успокоения;
2) мазохистические тенденции, склонность переносить боль, о чем свидетельствует большое число операций, повреждений — склонность к «выпрашиванию боли»;
3) развитие боли, когда какая-нибудь связь потеряна или под угрозой, когда боль — «замещение»;
4) локализация боли может определяться бессознательной идентификацией с значимым объектом; одно из двух: боль была у пациента, когда он находился в конфликте с этим объектом, или же это боль, которой страдал фактический или воображаемый значимый объект.

Автор отрицает двухкомпонентную концепцию боли, которая признает болевое ощущение (сенсорный компонент) и реакцию на него (эмоциональный компонент), так как «эта концепция приводит к неправильному выводу, что боль невозможна без болевой импульсации с рецепторов».

С клинической точки зрения проблема психалгий включает в себя следующие основные вопросы:

1. Имеются ли патологические процессы, раздражающие нервные окончания и вызывающие боль?
2. Если есть, то отвечают ли они частично, полностью или совсем не отвечают за боль?
3. Каковы те психологические механизмы, которые определяют окончательный характер испытываемой боли и способ, которым больной сообщит об этом врачу?

Периферический фактор может иметь значение, но может и не иметь. Если он имеет значение, то не всегда обусловливает испытываемую боль — таков основной вывод G. L. Engel.

С точки зрения приведенной концепции боль играет исключительно важную роль в психологической жизни индивидуума. В ходе развития человека боль и облегчение от боли влияют на становление интерперсональных отношений и на формулирование концепции добра и зла, награды и наказания, успеха и неудачи. Являясь средством устранения вины, боль тем самым играет активную роль, влияя на взаимодействия между людьми.

Однако, отрицая чисто психологические трактовки психалгий, следует вместе с тем отметить, что эта проблема, в особенности в ее клиническом и терапевтическом аспектах, едва ли может быть разрешена сегодня в чисто физиологической плоскости.

С позиций нейрофизиологии и клинической психологии правильнее рассматривать психалгию как частный случай боли вообще. И при психалгиях сохраняет свое значение положение о том, что не существует боли, лишенной материальной основы, вне «болевой системы». Вместе с тем клинический опыт показывает, что нередко переживание боли определяется не только, а часто и не столько сенсорным, сколько эмоциональным компонентом, реакцией личности на боль. В связи с этим особое значение приобретает правильная клиническая оценка соотношения двух основных компонентов переживания боли: сенсорного и эмоционального, установление своеобразного коэффициента «психогенности боли».

На рис. 1 представлено возможное схематическое изображение соотношения физиологических и психологических факторов, определяющих переживание боли индивидуумом, и место в этой системе психалгий.

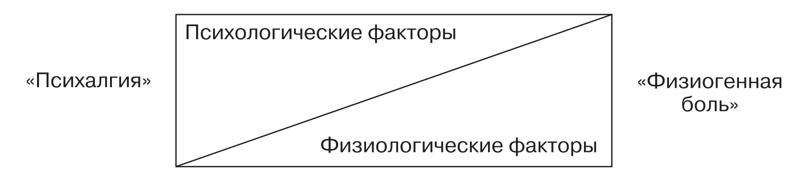


Рис. 1. Соотношение физиологических и психологических факторов при физиогенных болях и психалгиях

На рис. 2 показаны психосоматические соотношения при возникновении и устранении головной боли из ставших классическими работ H. G. Wolff.

В описаниях боли типа «психалгии» есть ряд особенностей, которые необходимо учитывать ввиду их диагностического значения. Больные испытывают затруднение при описании характера боли, часто не могут ее четко локализовать, отсутствуют внешние признаки переживания боли. Отсутствует также значительная динамика и прогредиентность в течении боли, хотя не исключена ситуативная обусловленность симптома. Интенсивность боли не изменяется при приеме различных анальгетиков, даже наиболее сильных из них.

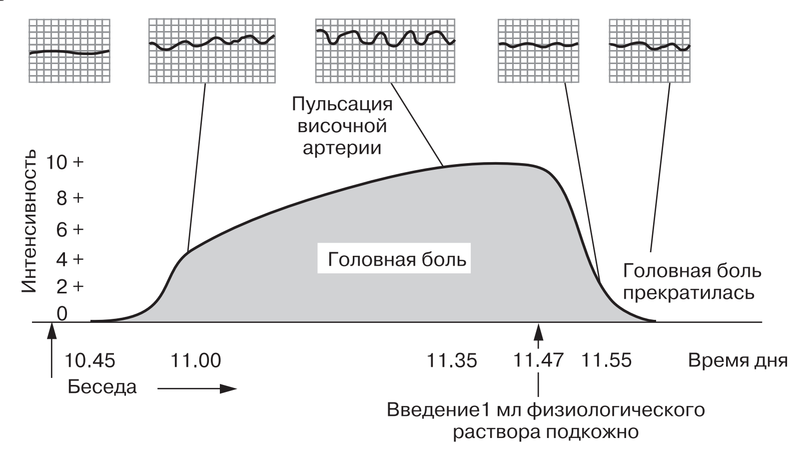


Рис. 2. Приступ головной боли, вызванный волнением и прекращенный с помощью плацебо (по H. G. Wolff)

В феномене психалгии отражается единство физиологического и психологического, объективного и субъективного, ощущения и эмоции. Основным в характеристике психалгий является не отсутствие сенсорного компонента (объективизация его в каждом случае зависит лишь от наших технических возможностей), а решающее значение в переживании психического компонента боли, реакции индивида на боль. Содержательный анализ этой реакции требует изучения конкретной жизненной истории человека, осо-

бенностей его личности, сформировавшихся отношений к окружающей действительности и специально его отношения к боли.

С учетом двойственного характера боли можно осуществлять более адекватные, с учетом его сложности и реальных технических возможностей, планирование и проведение лечебных мероприятий. Перспективным остается изучение клинико-биологических, психологических и социальных аспектов боли с реализацией системного подхода при ее лечении.

Взаимоотношения врача общей практики с больными и специалистами здравоохранения

Взаимоотношения врача общей практики и больного. Современный подход к различным заболеваниям является системным, т. е. предполагает учет биологических, психологических и социальных факторов в развитии любого патологического процесса. Собирая необходимые сведения, ВОП становится носителем большого объема информации о конкретном человеке. Такая ситуация налагает на него ответственность — не только юридическую, но и морально-нравственную. Поэтому взаимоотношения ВОП и пациента определены прежде всего той совокупностью морально-нравственных положений, которых обязан придерживаться современный врач. Однако необходимо иметь в виду, что биомедицинская этика сегодня не сводится ни к «Клятве Гиппократа», ни к «Клятве врача», текст которой составляет статью 60 Закона «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». Как известно, ее этическая часть представлена следующим образом.

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека;
- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

- проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;
- хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
- доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
- постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

Необходимость расширения этических требований за рамки этой общеизвестной профессиональной клятвы вызвана тем, что в настоящее время врач, владеющий всей необходимой информацией, в силах уже не только помочь больному, но и управлять процессами патологии, зачатия, умирания с последствиями, которые могут оказаться нравственно проблематичными как для пациента, так и окружающих. Одним из важнейших моральных принципов становится принцип уважения прав и достоинства человека, и как никогда ранее остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Поэтому любая модель взаимоотношений ВОП и пациента предполагает достаточно полное информирование больного, чтобы, участвуя в принятии врачебного решения, он мог действовать вполне сознательно. Этические нормы в деятельности врача более подробно описаны в главе 4.

Поскольку ВОП — фигура ключевая как в организации обследования, так и комплексного лечения больного, он должен при наличии общемедицинских знаний уметь наладить с пациентом такие отношения, которые позволили бы в дальнейшем осуществлять не только посильное психотерапевтическое воздействие, но и необходимое влияние на социальный статус больного. Отношения доверительного сотрудничества между врачом и больным порождают эффект плацебо и распространяют его на весь лечебный процесс, мобилизуя скрытые резервы оздоровления. Именно этим объясняется феномен, заключающийся в том, что одни и те же лечебные средства отличаются различной эффективностью при назначении разными врачами. Начало налаживания таких лечебных отношений прихо-

дится на первую, установочную беседу, структура которой включает несколько обязательных элементов.

Для первого интервью важны три основных источника информации, которые имеются в распоряжении врача общей практики: во-первых, объективная информация, а именно данные о симптомах, моделях поведения и особенностях личности, медицинские, биографические и социальные данные. Во-вторых, субъективная информация, т. е. субъективное значение, которое пациент придает своим жалобам, их возникновению и развитию, их влиянию на его жизнь, систему отношений, «внутреннюю картину болезни», а также его ожидания от лечения. В-третьих, ситуативная информация, т. е. вся совокупность взаимодействий в интеракционном поле между врачом и пациентом с учетом вербальных, жестовых, мимических, аффективных и телесно-вегетативных проявлений.

Первым элементом беседы является установление контакта, психологической атмосферы доверительности и откровенности. Взаимопонимание между врачом и больным, необходимое для оптимального контакта, достигается посредством вербальной (словесной) и невербальной коммуникации.

Что касается вербальной стороны общения, то в первый момент врач, разумеется, больше слушает и задает вопросы, чем говорит сам. Его задача — внимательно выслушать больного, определить, что тревожит и беспокоит его больше всего. Поскольку больному человеку присущи опасения в отношении симптомов болезни и связанные с этим чувства подавленности и беспомощности, ему важно встретить в кабинете врача не только опытного специалиста, но и человека, который поймет его и которому можно рассказать как о болезни, так и о переживаниях, связанных с жизненной ситуацией. Зачастую он ищет у врача не только конкретной медицинской помощи, но и душевной опоры. Внимательно выслушивая пациента и задавая наводящие вопросы, врач должен стремиться не только к постановке диагноза, но и к пониманию психологических проблем, которые либо осложняют болезнь, либо сами являются патогенными.

В связи с ограниченным временем, которым располагает ВОП, важное значение имеет невербальное общение. Поведение врача, его психотерапевтическая роль (мимика, жесты, интонации голоса) нередко оказывают на больного влияние гораздо большее, чем его сло-

ва. В то время как, собирая анамнез, врач изучает больного, последний, в свою очередь, изучает его. Оптимальное поведение врача предполагает учет таких признаков невербального общения, как дистанция между партнерами, степень контакта взглядом, направленность корпуса тела, движения рук и тела и др. Например, при эмоционально теплом, эмпатическом отношении врача к пациенту он располагается на короткой дистанции от него, стремится установить прямой контакт взглядом; поза обращена к пациенту; свободное и ненапряженное положение рук; доброжелательные и уверенные интонации голоса и др. Сдержанному, эмоционально-нейтральному, а иногда и холодному отношению врача к пациенту сопутствуют направленность взгляда в сторону (нередко врач почти не поднимает глаз от записи истории болезни), отсутствие улыбки, обращенность позы в сторону от пациента, скованность положения тела и рук и др. Подобным же образом признаки невербальной коммуникации проявляются и у пациента при его положительном или отрицательном отношении к врачу.

Ряд пациентов используют соматическое недомогание как «средство коммуникации», чтобы сообщить о своем неблагополучии в социально приемлемой, с их точки зрения, форме. Искусно созданная обстановка и наличие хороших профессиональных навыков и коммуникативных способностей становятся определяющими для исследования болезни во время клинической беседы. Раздражение в ответ на стандартные вопросы в первой беседе может быть обусловлено скрытыми психологическими механизмами болезни. Примером этого может быть агрессивная реакция пациента вместо ожидаемого облегчения и снижения тревоги, когда врач, изучив результаты обследований, сообщает ему об отсутствии тяжелой органической патологии. Такое поведение, свидетельствующее в пользу соматоформного расстройства, требует консультации психотерапевта.

Многосторонний подход к сбору информации во время первой беседы полностью оправдывает себя. Полученные таким образом данные позволяют своевременно поставить правильный диагноз и уберечь так называемых «трудных» пациентов, в этиологии страданий которых большая роль принадлежит психосоциальным факторам, от многолетнего хождения по врачам.

Вторым элементом беседы является предоставление необходимой и понятной для больного информации, содержащей ответы на имеющиеся у него вопросы относительно болезни, ее лечения и прогноза. При ряде заболеваний сообщение диагноза представляет известные трудности. Поэтому формулировать свое мнение относительно природы болезни надо, всегда принимая во внимание уже сложившееся представление о том, что больной боится услышать и на что надеется. В беседе следует избегать специальных медицинских терминов, а если и пользоваться ими, то, непременно проверяя при этом, как пациент их понимает. Полезным может быть изложение простым и ясным языком сути заболевания. Такое просвещение способствует повышению веры больного во врача как авторитетного специалиста. Сами по себе уверенные объяснения действуют успокаивающе. Многочисленными исследованиями установлено, что врачи зачастую недооценивают полезный эффект информирования и в беседе почти не отводят на это времени. Уже указывалось, что сегодня нормой биомедицинской этики становится предоставление больному права принимать участие в выработке врачебных решений, и игнорировать это веяние времени не следует.

Третьим элементом беседы является обсуждение динамики проявлений болезни и плана лечения. Пациенту объясняют особенности методов терапии, ожидаемые результаты и его поведение в период лечения. Предполагая использовать психотерапию, врач должен заранее поставить реалистичные психотерапевтические задачи с учетом значимости психогенных факторов в развитии заболевания и конкретных целей лечебного курса. Необходимо сформировать адекватные ожидания у пациента, чтобы последующие психотерапевтические мероприятия им соответствовали. Эффективность любых видов психотерапии зависит от степени их соответствия ожиданиям пациента. Если представление о предстоящих психотерапевтических процедурах и их результате дано неправильно, сами эти процедуры могут оказаться бесполезными или даже отягощающими лечебный процесс.

Четвертым элементом беседы может быть обсуждение выявленной психологической проблемы пациента и патогенной жизненной ситуации. Такое обсуждение должно быть направлено на осознание пациентом связей между психотравмирующей ситуацией, его реакциями и патологическими расстройствами. При этом важно сосредото-

читься на особенностях взаимоотношений больного со значимыми лицами его ближайшего окружения в связи с болезнью. Врач с помощью разъяснений, убеждения, внушения старается сделать поведение пациента и его способы реагирования более адекватными, побуждает его к постановке новых реальных жизненных целей.

Пятым элементом установочной беседы является подведение ее итогов. Необходимо определить достигнутое взаимопонимание и наметить дальнейшие задачи лечения, подчеркнув безусловную важность участия в лечебном процессе самого пациента. Он должен понимать с самого начала, что эффективное лечение предполагает отношения конструктивного психотерапевтического сотрудничества, когда задача врача — направлять лечебный процесс, а задача больного — точно реализовать врачебные решения.

В рамках доминирующей в современной медицине биопсихосоциальной парадигмы с целостным подходом к пациенту важнейшим правилом первичного интервью является ответ на вопрос, имеется ли вообще и, если имеется, то насколько она выражена, причинная связь между особенностями жизненного развития и актуальным психическим конфликтом, с одной стороны, и наличной симптоматикой — с другой. Это необходимо для адекватной диагностики, но требует от ВОП определенных навыков, а также достаточного внимания не только к соматическим, но и к психологическим и социальным аспектам заболевания, к личности пациента.

Установление контакта между врачом и больным в ходе последующих встреч приводит к развитию определенного типа взаимоотношений между ними. То, какой именно тип сложится, зависит от многих факторов. Это и отношение к врачу в обществе, и характер функционирования структур здравоохранения. Но все же главными факторами являются исходные ожидания, личностные качества участников общения и особенности заболевания.

В ролевом отношении (по степени директивности врача и активности больного) практика ВОП предполагает использование двух основных моделей взаимодействия: руководство и партнерство.

Руководство — это традиционная модель отношений между врачом и больным, укоренившаяся в медицине со времен Гиппократа и Парацельса. При таком стиле общения врач занимает доминирующую, активную позицию, а больной остается сравнительно

пассивным. Чаще всего он бессознательно проецирует на врача образ родителя и, таким образом, фактически предопределяет его роль (символически) как «материнскую» или «отцовскую». Патерналистский тип отношений обычно является единственно возможным, если пациент в связи с его личностными особенностями или характером заболевания не способен к самостоятельности, зависим, ищет опеки и полностью полагается на указания врача. К категории таких больных относятся люди старшего возраста, дети, лица с невысоким интеллектом и зависимые по структуре характера, социально незрелые. Каковы границы влияния врача на больного при директивном стиле общения? Разъяснения, советы и рекомендации, выдаваемые из этой роли, вполне обоснованны, пока они касаются медицинских аспектов болезни и лечения. Но их обоснованность значительно уменьшается, когда они касаются вопросов взаимоотношений с окружающими, проблем брака и семьи, выбора профессии или перемены работы. Ведь взгляд на них ВОП неизбежно отражает его личный опыт и морально-ценностные ориентации, которые могут быть совершенно иными, чем у пациента.

Партнерство — это форма сотрудничества врача и больного «на равных», при которой больной видит в своем лечащем враче прежде всего компетентного специалиста и не проецирует на него свои инфантильные переживания. К такому типу коммуникации исходно готовы не многие пациенты, но в ходе лечения ВОП может постепенно установить именно такие отношения. А они, безусловно, гораздо эффективнее директивных, когда речь идет не только о поддержке и укреплении личности больного, но и об ее коррекции и изменении в направлении большей самостоятельности, большей ответственности за лечебный процесс и за решения проблем собственной жизни.

В ходе лечения ни врач, ни больной, конечно, не остаются равнодушными друг к другу, поэтому ВОП с самого начала должен оценить, к какой категории относится обратившийся пациент: ищет ли он сопереживания или желает иметь дело с эмоционально нейтральным компетентным специалистом. Согласно многочисленным исследованиям, гораздо чаще больные ищут сопереживания, но отнюдь не все пациенты таковы. Поэтому изначально строить отношения в эмоциональном плане следует сообразно ожиданиям пациента. Специфика

деятельности ВОП, обычно требующая длительного общения с больным, способствует тому, что, как правило, их взаимоотношения приобретают характер эмпатического сотрудничества. Что нужно делать для того, чтобы сложились именно такие отношения?

Эмпатическое сотрудничество изначально предполагает сочувствие, даже если по своему психологическому складу пациент и не рассчитывает на него. Свое сочувствие больному врач может выразить и вербально, и не вербально, в какой бы роли он ни находился. Это зависит от психологических качеств врача и пациента и его проблемы.

Еще одно непременное условие возникновения сотрудничества — понимание, которое врач должен обнаружить в отношении жалоб больного. Утвердительным ли жестом, словами, но больному нужна уверенность в том, что он услышан, что его боль и переживания поняты. Если пациент не уверен в том, что врач правильно его понимает, он едва ли будет доверять его назначениям. Прямым следствием невыполнения врачебных рекомендаций может быть безуспешность лечения.

Конструктивное сотрудничество возможно только там, где партнеры с уважением относятся друг к другу. Врач должен таким образом проявить интерес к обстоятельствам жизни больного, чтобы у него возникло ясное чувство, что с ним общаются не просто как с больным, но как с личностью. Здесь важнее всего — должное внимание. Если врач постоянно отвлекается на телефонные звонки или на какие-нибудь другие дела, это едва ли способствует установлению доверительных отношений.

Поскольку, обращаясь к врачу, больные в большинстве своем сами настроены на сотрудничество, наладить его при соблюдении перечисленных условий вполне возможно. Однако следует иметь в виду, что существуют пациенты, которые стремятся к установлению доверительных отношений не ради лечения, а ради манипуляции этим доверием. Одни стремятся использовать статус больного для получения тех или иных социальных выгод, другие — использовать врача как союзника в межличностных конфликтах, например с членами семьи.

Сами по себе доверительные отношения, безусловно, полезны, но в ряде случаев они могут мешать лечебному процессу. Так, напри-

мер, излишне доверяя больному, можно своевременно не разглядеть его лекарственную зависимость.

Отдельного внимания заслуживает категория больных, которые не доверяют врачам и не стремятся к сотрудничеству. Увидев такую скептическую установку, надо внимательно выслушать больного и постараться ослабить недоверие, заявив, что «право следовать врачебным советам или не следовать им остается всегда за ним». Полезно привлекать пациента к выработке плана лечения, достаточно подробно информируя его о сущности всех планируемых мероприятий. Такое поведение ВОП вполне соответствует современной модели биомедицинской этики, одним из важнейших принципов которой становится принцип уважения прав и достоинства человека.

Взаимоотношения врача общей практики с другими специалистами здравоохранения. Задачи профилактики, диагностического обследования, комплексного лечения и реабилитации больных могут успешно решаться лишь в условиях тесного сотрудничества различных специалистов здравоохранения, ключевой фигурой которого является ВОП. Для обеспечения преемственности и координации действий разных служб, выбора соответствующего вида лечения (амбулаторного, стационарного), решения профилактических и реабилитационных задач ВОП постоянно вступает в контакты со специалистами разного профиля. Это предъявляет повышенные требования к его умению строить партнерские отношения, создавать в системе взаимосвязанных в лечебном процессе специалистов атмосферу коллегиальности, ответственности, взаимного уважения, поддержки и критики. Следует исходить из того, что общий уровень психологической культуры общения ВОП не многим отличается от такового у представителей других специальностей, предполагающих широкую коммуникацию. К сожалению, пока он не очень высок. Вместе с тем ВОП должен всегда уметь находить общий язык, подстраиваясь к той психологической роли, которая для менее пластичного врача может быть единственно приемлемой. Если проблемы взаимодействия обнаруживаются сравнительно часто, стоит подумать, не является ли это сигналом для повышения своих коммуникативных навыков с помощью специального психологического тренинга. В большинстве случаев проблемы эффективного взаимодействия определены не столько содержанием общения, сколько неконгруэнтностью используемых

коммуникативных ролей. При этом само общение сводится не к выяснению истинного положения дел, а к психологической борьбе, выражающей неосознаваемые или плохо осознаваемые мотивы. Вот несколько примеров. Молодой специалист, имея дело со старшим коллегой, может обнаружить в его лице не столько более опытного специалиста, сколько человека, стремящегося доказать свое психологическое превосходство. Если ВОП не может разглядеть это и не может адекватно и без психологического ущерба для себя установить с ним профессиональные отношения, а продолжает взаимодействовать «на равных», такое взаимодействие будет как минимум неэффективным. Или: ситуация, аналогичная описанной выше, может быть и в том случае, если партнер по общению, вне зависимости от своего возраста и уровня профессиональных знаний, бессознательно стремится к психологическому доминированию. ВОП должен, во-первых, обнаружить его неосознаваемое стремление, во-вторых, найти адекватное решение, исходя из собственных психологических возможностей. Еще один сравнительно частый случай касается взаимодействия с лицами противоположного пола. Необходимо понимать, что такое общение вне зависимости от его содержания и контекста является всегда половым, т. е. что оно определено соответствующими неосознаваемыми интересами, предпочтениями и ориентирами. Если при этом коммуникативные роли практически нонконгруэнтны, взаимодействие может оказаться совершенно неконструктивным. Поскольку ситуации, подобные описанным выше, не так уж редки, ВОП должен уметь своевременно разглядеть их и найти адекватное коммуникативное решение. Психологические знания ВОП и связанные с ними навыки общения должны быть достаточными и профессиональными.

Особо следует подчеркнуть важное значение в системе отношений ВОП с другими специалистами его взаимодействия с психотерапевтическим кабинетом поликлиники.

Психологические аспекты психотерапии и психопрофилактики в общей врачебной практике

Общая врачебная практика предполагает диагностическую, лечебную (в том числе, пусть и ограниченную, психотерапевтическую) и профилактическую работу с различными категориями пациентов. Клиническими предпосылками применения психотерапии являются:

- прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (невротические расстройства) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.);
- ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида и его поведение.

Спрос на психотерапевтическую помощь во всем мире, и особенно — на амбулаторное лечение, в последние десятилетия постоянно превышает спрос на услуги общей медицины, хотя психотерапия составляет не более 3% от последней (Решетников М. М., 2005). Этот же автор указывает на общемировые тенденции, которые включают:

- рост спроса на получение психотерапевтической помощи;
- расширение спектра психотерапевтических услуг;
- повышение стоимости психотерапевтических услуг;
- увеличение удельного веса частных психотерапевтических учреждений;
- беспрецедентный рост количества амбулаторных посещений;
- неуклонный рост расходов на медицину в целом;

- низкое качество подготовки кадров и психотерапевтической помощи.

Конкретные клинические характеристики больного и болезни влияют на цели, задачи, выбор методов психотерапии:

- личностные особенности пациента и реакции его на болезнь;
- психологические факторы этиопатогенеза заболевания;
- нозологическая принадлежность болезни и ее этапы;
- структурно-организационные рамки, в которых проводится психотерапия.

Особое значение имеют психологические основы психотерапии, поскольку и объект ее воздействия (психика), и средства воздействия (клинико-психологические вмешательства) представляют собой психологические феномены, так как психотерапия использует психологические средства воздействия и направлена на достижение определенных психологических изменений. Значимость теоретических, и прежде всего психологических основ психотерапии обусловлена распространением в последние годы множества самых разнообразных методов, достаточно широко использующихся в психотерапевтической практике, но при этом далеко не всегда имеющих соответствующую теоретическую базу. Даже при обоснованности метода определенной теоретической концепцией она не всегда в полной мере осознается профессиональными психотерапевтами. Но именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «патология», определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют целенаправленно и осознанно их осуществлять. В медицине существует четкое соответствие между представлениями о норме и патологии и системой воздействий (лечения), которая логически вытекает из этих представлений. В психотерапевтической практике такое соответствие просматривается далеко не всегда, в то время как понимание общих подходов, наличие четких представлений о теоретической основе, на базе которой осуществляются психотерапевтические воздействия, создают условия для эффективной психотерапевтической практики.

Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методологию, понятийный аппарат, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Однако разнообразие на-

правлений, течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже ее единого определения, насчитывается более 600 методов. Одни из них четко определяют психотерапию как сферу медицины, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. В отечественной традиции психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, в зарубежной — в большей степени подчеркиваются ее психологические аспекты. Медицинский подход к пониманию психотерапии обязательно включает такие понятия, как здоровье/болезнь, больной, лечебные воздействия, а психотерапия понимается как «система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека».

Определения, в большей степени фиксирующие психологические подходы, включают такие понятия, как межличностное взаимодей-ствие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, когнитивные процессы, отношения, установки, эмоции, поведение и др. В этом случае психотерапия — это «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера». Объединяет эти два подхода определение S. Kratochvil (1976): «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Психотерапевтическое воздействие — это вид клинико-психологического вмешательства (интервенции), которое характеризуется определенными целями, соответствующим этим целям выбором средств воздействия (методов), функциями, теоретической обоснованностью, эмпирической проверкой и профессиональными действиями. Теоретическая обоснованность является стержневой характеристикой клинико-психологического (психотерапевтического) вмешательства, поскольку именно теоретический подход определяет цели и средства, характер и специфику психотерапевтического воздействия.

В качестве теоретической основы психотерапии выступают научная психология, психологические теории и концепции, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология»

и формирующие определенную систему психотерапевтических воздействий. Концепция нормы — это представления о здоровой личности, т. е. психологические взгляды, которые определяют основные детерминанты развития и функционирования человеческой личности. Концепция патологии дает представления о личностных нарушениях, происхождении невротических расстройств, рассматривая их в рамках соответствующих характеристик нормы.

При всем разнообразии психотерапевтических подходов можно выделить **три основных направления в психотерапии** — психодинамическое, поведенческое (когнитивно-поведенческое) и экзистенциально-гуманистическое («опытное») — соответственно трем основным направлениям психологии (психоанализу, бихевиоризму и экзистенциально-гуманистической психологии).

Каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

Психодинамическое направление. В рамках психодинамического подхода, исходя из специфических представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, был разработан лечебный метод, в котором прослеживается соответствие психологической теории психоанализа не только концепции психотерапии, но и ее практике.

Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе представляют собой реализацию психодинамического подхода, предполагающего рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики (взаимодействия, борьбы, конфликтов) ее составляющих (различных психических феноменов, различных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека. В качестве основы личностного развития и поведения здесь рассматриваются бессознательные психические процессы, которые выступают в качестве движущих сил, определяющих и регулирующих поведение и функционирование человека. В целом, психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного. Инстинкты понима-

ются как побудительные, мотивационные силы личности, как психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (и в этом смысле биологических), как психическое выражение состояния организма или потребности, вызвавшей это состояние. Целью инстинкта является ослабление или устранение возбуждения, удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения. Эта внутренняя стимуляция, с точки зрения S. Freud, является источником психической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую активность). Поэтому инстинктивные побуждения и рассматриваются как мотивационные силы, т. е. мотивация человека направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукцию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями.

Рассматривая проблему организации психики и проблему личности, S. Freud создал две модели: топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры). Согласно топографической модели, в психической жизни человека можно выделить 3 уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный момент и практически не может быть осознано человеком самостоятельно). Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели, личность включает 3 структуры, три инстанции: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессознательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и импульсы. Ид действует согласно принципу удовольствия, т. е. стремится к немедленной разрядке напряжения. Эго (разум) направляет и контролирует инстинкты, осуществляет анализ внутренних состояний и внешних событий и стремится удовлетворить потребности Ид с учетом требований внешнего мира. Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Оно формируется в процессе воспитания и социализации индивида за счет интернализации социальных норм, ценностей, стереотипов поведения и осуществляет контроль над поведением человека (самоконтроль).

Основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в осознании бессознательного. Задача психотерапевта-психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, способствовать их осознанию. Этой задаче подчинен и собственно метод. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного, основываясь на теоретических представлениях психоанализа о способах и путях его выражения. Согласно психоанализу, бессознательное находит свое выражение в свободных ассоциациях, символических проявлениях бессознательного, переносе и сопротивлении. Для достижения осознания психоаналитик подвергает анализу именно эти психические феномены.

Поведенческое направление. Это направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Развитие методических подходов в рамках этого направления во многом связано с усложнением традиционной бихевиористской схемы «стимул–реакция» за счет введения промежуточных переменных — процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека, и отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению:

- от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных преимущественно на классическом, по И. П. Павлову, и оперантном обусловливании);
- до методов, направленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах).

Поведенческая психотерапия реализует клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма.

Бихевиоризм, являясь психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, фокусирует свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, что и определяет подход к проблеме здоровья и болезни. Здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, личность понимается как опыт, приоб-

ретенный человеком в течение жизни. Норма в рамках этого подхода — это адаптивное поведение, а клинические симптомы или личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, как усвоенные неадаптивные реакции. В центре внимания оказывается не столько болезнь, сколько симптом, который понимается как нарушение поведения. Адаптация является основной целью поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее ее, является патологическим. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления являются приобретенными, т. е. представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации.

В соответствии с этими представлениями о норме и патологии основной целью психологических вмешательств в рамках поведенческого подхода является научение, т. е. замена неадаптивных форм поведения на адаптивные. Методически научение осуществляется на основании базовых психологических моделей научения, разработанных бихевиоризмом. Различные методы поведенческой психотерапии концентрируют воздействие на отдельных элементах и комбинациях традиционной бихевиористской схемы «стимул — промежуточные переменные — реакция». Поведение психотерапевта данного направления полностью определяется теоретической ориентацией: если задачи психотерапии состоят в научении, то роль и позиция психотерапевта должна соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, активно вовлекающего пациента в совместную работу. Основная функция психотерапевта состоит в организации эффективного, научно обоснованного процесса научения.

Экзистенциально-гуманистическое («опытное») направление весьма неоднородно, что находит выражение и в разнообразии терминов, которые используются для его обозначения и в связи с традиционным включением в это направление самых разнообразных психотерапевтических школ и подходов. Все они объединены общим пониманием цели психотерапии и путей ее достижения. При этом личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции собственного субъективного

опыта и нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса.

В основе данной психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человеческого бытия и становлению человека, феноменология — описательный подход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и сейчас») как основному феномену в изучении и понимании человека. В ней можно также найти и некоторое влияние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела в единстве человеческого духовного начала. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, понять которую путем анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку как уникальной личности является одним их фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства — стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации.

Разнообразные подходы в рамках этого направления объединяет идея личностной интеграции, восстановления целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции существующего опыта и нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Но существуют различные представления о том, каким путем в ходе психотерапии происходит переживание и осознание опыта, способствующие личностной интеграции. В соответствии с этим в «опытном» направлении иногда выделяют три основных подхода. Основанием для отнесения той или иной конкретной школы к одной из ветвей «опытного направления», по существу, являются пред-

ставления о способах и путях интеграции опыта. Основным понятием в этом плане является «встреча» (encounter) как соприкосновение разных миров, встреча с другими людьми, встреча с самим собой, встреча с Высшим началом.

В подтверждение представлений о преемственности между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы как условию для развития и распространения той или иной психотерапевтической системы можно обратиться к личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которая разработана в нашей стране и представляет собой разновидность психодинамического направления (Карвасарский Б. Д., Исурина Г. Л., Ташлыков В. А., 2006). Она основана на психологии отношений (концепция личности) и патогенетической концепции неврозов (биопсихосоциальная концепция невротических расстройств). При этом подходе личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей средой.

В рамках трех основных направлений психотерапии существует разнообразие школ, но основные теоретические подходы в каждом из них являются общими. Понимание общих подходов, наличие четких представлений о теоретической основе, о психологической концепции нормы и патологии, на базе которой осуществляется психотерапевтическое вмешательство, может обеспечить эффективную психотерапевтическую практику.

Психопрофилактика. Под профилактикой понимают мероприятия, имеющие целью предупреждение психических или соматических расстройств. Психическая профилактика (психопрофилактика) и укрепление здоровья имеют следующие цели:

1) изменение и уменьшение поведенческих и внутриличностных факторов риска (курение, избыточная масса тела, гармонизация личности и др.);
2) исключение и снижение факторов риска в социальной и окружающей среде;
3) усиление внутриличностных защитных механизмов, которые повышают силу сопротивления факторам риска и заболеваниям (толерантность к стрессу, повышение самооценки и др.); созда-

ние условий, способствующих поддержанию здоровья (воспитательные усилия, организация рабочего места и т. п.);
4) улучшение (повышение) личных или социальных ресурсов (в случае, когда человек не обладает ими в достаточной степени для совладания с перегрузками).

Принято различать первичную, вторичную и третичную профилактику в соответствии с временем ее проведения: до наступления расстройства (болезни), во время расстройства или после него. Целью профилактики может быть предотвращение конкретного нарушения или уменьшение риска возникновения различных заболеваний. В первом случае говорят о специфической профилактике (противострессовая программа для уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний и др.), во втором — о неспецифической (изменение двигательной активности и пищевого поведения в целях снижения риска многих заболеваний и др.). Психологической методической основой психопрофилактики являются:

1) информирование;
2) консультирование;
3) тренинг;
4) вмешательства, направленные на изменение окружения, окружающей среды;
5) кризисная интервенция.

Последняя представляет собой профессиональную психосоциальную помощь, которая оказывается пациентам, переживающим изменившее жизнь критическое событие (вынужденный выход на пенсию, скоропостижная смерть любимого супруга и др.), однако без развития у них психического расстройства.

В психопрофилактической деятельности должны принимать участие не только врачи и психологи, но и педагоги, социологи, юристы. Привлечение к разработке и осуществлению психопрофилактических мероприятий тех или иных специалистов и их вклад зависят от вида психопрофилактики. Так, для первичной, собственно психопрофилактики, особенно значимы психогигиена и широкие социальные мероприятия по ее обеспечению: борьба с инфекциями, травмами, патогенными воздействиями окружающей среды, вызывающими те

или иные нарушения психики. К задачам первичной психопрофилактики относятся также определение факторов риска — групп лиц с повышенной угрозой заболевания или ситуаций, несущих в себе угрозу вследствие повышенного психического травматизма, и организация конкретных психопрофилактических мер по отношению к этим группам и ситуациям. Осуществляются превентивные меры в отношении семейных конфликтов, влияние на правильное воспитание детей и подростков, организационные и психотерапевтические мероприятия в остроконфликтных ситуациях, профилактика профессиональной вредности, правильная трудовая ориентация и профессиональный отбор, прогнозирование возможных наследственных заболеваний (медико-генетическое консультирование). Во вторичной психопрофилактике ведущую роль играет комплексная фармако- и психотерапия. При третичной психопрофилактике основное значение приобретает социальная реабилитация.

Психологические основы психопрофилактики в целом соответствуют таковым при психотерапии, т. е. определяются выбором основного психологического направления, которое влияет на цель, характер и методику реализации психопрофилактики. Приобретающий большое влияние в медицине так называемый биопсихосоциальный подход в значительной степени сглаживает ограничения конкретного психологического направления, так как учитывает не только психологические, но также социальные и биологические факторы влияния.

В современной медицине большое значение имеет концепция **реабилитации,** направленная (Кабанов М. М., 2007) на предупреждение патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективность и раннее возвращение больных в общество, к общественно-полезному труду. Реабилитация, по М. М. Кабанову, — это не только долечивание или рациональное трудоустройство больных. Граница между лечением, профилактикой (особенно вторичной и третичной) и реабилитацией весьма условна. Реабилитация — это системное видение больного, включающее характер взаимоотношения в диаде «врач–больной», «больной–окружающая среда», этические и другие плоскости, направленные на восстановление личного и социального статуса больных, улучшение качества их жизни.

Психотерапия, так же как социотерапия, фармакотерапия, трудовая терапия и др., не могут рассматриваться альтернативно в системе реабилитации. Они составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного восстановления пациентов. Можно говорить лишь о смещении акцента в сторону психотерапии на различных этапах реабилитации.

Реабилитационный подход в таком понимании — важная задача медицины, всех ее организационных звеньев и в особенности — общей врачебной практики.

Синдром «эмоционального выгорания»

Специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами, при оказании профессиональной помощи.

Термин «burnout» («эмоциональное сгорание») был предложен американским психиатром H. G. Freidenberg в 1974 г. При переводе с английского термина «burnout» на русский язык отечественными авторами использовались различные варианты в качестве синонимов: «эмоциональное сгорание», «эмоциональное перегорание», «эмоциональное выгорание».

В. В. Бойко (1996) указывает, что синдром «эмоционального выгорания» — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на определенные психотравмирующие воздействия. C. Maslach (1981), одна из ведущих специалистов по исследованию синдрома «эмоционального выгорания», детализирует проявления этого синдрома:

1) чувство эмоционального истощения, изнеможения (человек не может отдаваться работе так, как это было прежде);
2) дегуманизация (тенденция к развитию негативного отношения к пациентам);
3) негативное самовоспитание в профессиональном плане — недостаток чувства профессионального мастерства.

Как отмечает Е. И. Лозинская (2007), ссылаясь на Британскую медицинскую энциклопедию (1992), существует общая обеспокоенность в отношении того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Это проявляется в виде разочарования в профессии и деморализации, нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту работу, а также в ухудшении состояния психического здоровья ВОП и неизбежно приводит к снижению качества оказываемой ими помощи.

После того как феномен стал общепризнанным, закономерно возник вопрос о факторах, играющих существенную роль в синдроме «эмоционального выгорания», — личностном, ролевом и организационном.

Личностный фактор. Проведенные исследования показали, что такие переменные, как возраст, семейное положение, стаж данной работы, не связаны с уровнем синдрома «эмоционального выгорания». У женщин в большей степени развивается эмоциональное истощение, чем у мужчин, отсутствует связь мотивации и развития синдрома «эмоционального выгорания» (удовлетворенность оплатой труда) при наличии корреляций со значимостью работы как мотивом деятельности, удовлетворенностью профессиональным ростом. Испытывающие недостаток автономности («сверхконтролируемые») более подвержены «выгоранию».

H. G. Freidenberg описывает лиц, склонных к «выгоранию», как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся, идеалистов, ориентированных на людей, и одновременно неустойчивых, интровертированных, одержимых навязчивыми идеями (фанатичные), «пламенных» и легко солидаризирующихся. E. Maher (1983) пополняет этот список «авторитаризмом» и низким уровнем эмпатии. В. В. Бойко указывает следующие личностные факторы, способствующие развитию синдрома «эмоционального выгорания»: склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

По данным литературы, развитию синдрома «эмоционального выгорания» способствуют такие личностные особенности, как высокий уровень эмоциональной лабильности и высокий самоконтроль. Эмоциональная неустойчивость, робость, подозрительность, склонность к чувству вины, консерватизм, импульсивность, напряженность, интроверсия также имеют определенное значение в формировании синдрома. Наиболее тесные связи со всеми характеристиками «выгорания», по данным литературы, имеет нейротизм, особенно с эмоциональным истощением и фактором открытости опыту. Из отмеченного выше видно, что вопрос о зависимости формирования и течения синдрома «эмоционального выгорания» от личностных особенностей недостаточно ясен и требует дальнейших исследований.

Ролевой фактор. В обследовании психотерапевтов получены значимые корреляции между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и «выгоранием». Работа в ситуации распределенной ответственности ограничивает развитие синдрома, а при нечеткой или неравномерно распределенной ответственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возрастает даже при существенно низкой рабочей нагрузке. Способствуют развитию синдрома «эмоционального выгорания» те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как результат зависит от слаженных действий.

Организационный фактор. Развитие синдрома «эмоционального выгорания» связано с наличием хронической напряженной психоэмоциональной деятельности: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений. Другой фактор развития синдрома «эмоционального выгорания» — дестабилизирующая организация деятельности и неблагополучная психологическая атмосфера. Это нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, наличие конфликтов как в системе «руководитель–подчиненный», так и между коллегами. Выделяют еще один фактор, обусловливающий этот синдром, — наличие психологически трудного контингента, с которым имеет дело профессионал в сфере общения (обслуживание большого числа больных в течение рабочего дня и в целом в процессе работы, эмоциогенный характер работы с пациентами, особенно с детьми, тяжелые и умирающие больные).

Большинство исследователей акцентируют внимание на фазах синдрома «эмоционального выгорания», которые рассматриваются с позиций стресса H. Selye.

I фаза — «напряжение». Наличие тревожного напряжения, которое служит предвестником и запускающим механизмом в формировании синдрома «эмоционального выгорания» и сопровождается ощущением тревожности, снижением настроения, по данным Н. В. Козиной (1998), отмечено у 50% психотерапевтов. В качестве основных причин, провоцирующих развитие синдрома «эмоционального выго-

рания», у психотерапевтов установлены прежде всего профессиональные факторы: трудноизмеримое содержание работы, наличие психоэмоциональных перегрузок, отсутствие четких обязанностей, свойственных для работы психотерапевта. Наличие таких личностных факторов, как повышенная ответственность, высокая степень эмоциональной вовлеченности в проблемы пациентов, характерные для психотерапевтов, по-видимому, могут способствовать увеличению напряжения как «запускающего» механизма формирования этого синдрома.

При рассмотрении отдельных симптомов этой фазы наиболее высокими являются показатели по симптому «переживания психотравмирующих обстоятельств». Данный симптом проявляется в осознании психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, невозможности что-либо изменить, накоплении раздражения и отчаяния. Второе место по степени выраженности занимают симптомы «тревога, депрессия». Они обнаруживаются в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному сгоранию как средству психологической защиты.

II фаза — «сопротивление». Действие этой фазы прослеживается с момента появления напряжения. Как только человек начинает осознавать его наличие, он стремится избежать действия эмоциональных факторов с помощью полного или частичного ограничения эмоционального реагирования в ответ на конкретные психотравмирующие воздействия.

Ограничения диапазона и интенсивности включения эмоций в процессе профессионального общения отмечены у 81,2% психотерапевтов, причем у 25% из них наблюдалась сформировавшаяся фаза сопротивления, т. е. близкая к тотальной редукции эмоций. Степень ограничения эмоционального реагирования значительно превышала имеющееся напряжение, что свидетельствует как о высокой степени психологической защиты, так и о наличии неадекватной «экономии эмоций», ограничении эмоциональной отдачи, упрощении и сокращении процесса общения между психотерапевтом и пациентом.

Одним из доминирующих симптомов этой фазы является симптом «неадекватного избирательного реагирования». Для таких лиц характерен профессиональный навык экономии эмоций, ограничение

эмоциональной отдачи за счет выборочного, менее интенсивного реагирования в ходе рабочих контактов, что свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Второй доминирующий симптом «редукции профессиональных обязанностей» также достаточно выражен у психотерапевтов, т. е. в профессиональной деятельности для них характерно упрощение процесса общения, стремление облегчить, сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

III фаза — «истощение». Характеризуется падением общего энергетического тонуса. Эмоциональная защита в форме синдрома «эмоционального выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности. Наличие эмоционального истощения отмечено у 18,7% психотерапевтов, причем выраженная степень эмоционального истощения («эмоциональное выгорание») — у 6,2% психотерапевтов. Доминирующих симптомов в этой фазе не было.

Установлена положительная зависимость между уровнем эмпатии и симптомом «переживания психотравмирующих обстоятельств», между уровнем эмпатии и симптомом «тревоги и депрессии». Следовательно, наличие таких личностных качеств, как склонность к сочувствию, гуманность, сенситивность, увлеченность и одновременно неустойчивость, импульсивность, характерные для лиц с высокой эмпатией, являются предрасполагающими к формированию синдрома «эмоционального выгорания». Напротив, симптомы «эмоционально-нравственной дезориентации», отсутствие нравственных чувств, ориентация на личные предпочтения свойственны лицам с низкой эмпатией. Высокий уровень эмпатии отрицательно коррелирует с синдромом «личностной отстраненности», не позволяя личности профессионально «очерстветь».

Л. В. Золотухиной и И. В. Шадриной (2007) были исследованы 55 сотрудников терапевтической службы (22 врача и 33 медсестры). Обследование проводилось по методике MBI, признанной во всем мире. Она предназначена для измерения степени «выгорания» в профессии типа «человек–человек». Результаты оцениваются по 3 шкалам: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция профессиональных достижений. Из 55 обследованных высокую степень «выгорания», хотя бы по одной из трех шкал, имели 29 человек, из них 3 (10%) — по всем трем шкалам. Лицами, подверженными высокой степени «выгорания» по всем трем шкалам, оказались только медсе-

стры. Ведущими психопатологическими синдромами являлись астенический, обсессивно-фобический и синдром редукции профессиональных обязанностей.

Для психотерапевтов характерно наличие высокого уровня эмоционального напряжения, но благодаря высокой способности к сопереживанию, сочувствию, а также использованию различных способов совладания, им удается избежать появления эмоционального истощения.

Синдром «эмоционального выгорания» и его последствия в настоящее время являются актуальной проблемой. В особенности это может относится к ВОП (широкий спектр пациентов при ограниченном времени приема, напряженный и ответственный характер работы и др.).

В различных направлениях медицины для оптимизации процесса взаимоотношения врача и больного в последнее десятилетие получили распространение разные виды тренинговых методов подготовки и медицинских работников, в том числе среднего звена: интерперсональный вариант тренинга, терапевтический тренинг, балинтовские группы, котерапевтическая и супервизорская модели. Тренинговые занятия способствуют выработке необходимых для успешной работы личностных качеств и предотвращения профессиональной их деформации, в частности в виде синдрома «эмоционального выгорания».

В самом широком плане предупреждению синдрома «эмоционального выгорания» может способствовать удовлетворение, получаемое специалистами от выполнения других ролей. Например, стресс в процессе медицинской деятельности может компенсироваться теплой семейной обстановкой, спортом, туризмом и пр. Активная и разнообразная деятельность человека помогает ему сопротивляться стрессу и сохранять более высокую работоспособность, защищая от преждевременного профессионального «выгорания».



МЕТОДЫ И ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Основные показания для применения психотерапии и критерии отбора психотерапевтических методов в общей врачебной практике

В условиях дальнейшей гуманизации медицины и становления психотерапии как самостоятельной специальности особое значение приобретает разработка показаний к применению психотерапии в широкой общемедицинской практике. На основе изучения структуры обращаемости и деятельности как амбулаторных, так и стационарных психотерапевтических учреждений ряда регионов Российской Федерации установлены основные показания к применению дифференцированных программ специализированной психотерапии в отношении к следующим группам различных заболеваний.

1. Заболевания, в этиологии и патогенезе которых психогенные механизмы играют доминирующую или весьма существенную роль. К их числу относятся неврозы, расстройства личности, острые реакции на стресс и др.

Целями и задачами психотерапии больных данной группы являются:

- глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений;
- выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих как возникновению, так и сохранению заболевания и его клинических проявлений;

- достижение у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием;
- помощь больному в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении при необходимости его объективного положения и отношения к нему окружающих;
- изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и, в свою очередь, ведет к улучшению субъективного самочувствия больного и восстановлению полноценности его социального функционирования.

2. Заболевания внутренних органов, в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации которых наряду с биологическими существенную роль играют психологические и социальные механизмы (так называемые психосоматические заболевания). В эту группу входят ишемическая болезнь, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др.

3. Инфаркт миокарда, инсульт и другие остро возникшие сердечно-сосудистые расстройства; тяжелая, с быстрым темпом развития хирургическая патология или диагностированные болезни (онкологические, гематологические и др.), наличие которых связано с угрозой жизни или тяжелой инвалидизацией. У этих больных нередко возникают различные психические расстройства разной степени выраженности (от невротических реакций до тяжелых аффективных расстройств), что обусловливает необходимость своевременного применения психотерапевтического вмешательства наряду с лечением основного заболевания.

4. Длительно протекающие, хронические заболевания различных органов и систем организма, в том числе приводящие к развитию физических дефектов; врожденные и приобретенные физические уродства, выраженные косметические отклонения и др. Возникновение невротических расстройств у данной категории больных (как и у больных предыдущей группы) во многом обусловлено преморбидными особенностями личности больного, а также отношением к нему окружающих. Отношение больных к своему дефекту опреде-

ляется уровнем их социальной адаптации и прочностью межличностных связей. При высоком уровне социальной адаптации реакция на дефект нивелируется, а при низком — переоценивается. Изучение всех аспектов внутренней картины болезни является в этом случае важнейшим условием для построения адекватных психотерапевтических программ.

В повседневной работе ВОП большое значение имеет так называемая «невротическая фиксация» клинических проявлений различных заболеваний. В содержательном плане это понятие имеет несколько значений. В первом из них соматическое или органическое заболевание нервной системы в своем развитии осложняется одной или рядом психогений, таких как ятрогении, психотравмирующие события в жизни и др. Психогения в этом случае не находится в зоне значимых отношений личности, а поэтому основное заболевание лишь «окрашивается» легкими невротическими реакциями в виде общеневротических проявлений, нерезко выраженной фабулированной тревогой. Возможен другой вариант, при котором параллельно с основным соматическим заболеванием пациент с определенными личностными особенностями в преморбиде, предрасполагающими к невротическому типу реагирования, переживает конфликтную патогенную ситуацию (т. е. психогения находится в пределах значимых отношений для индивида). При этом существуют 2 типа дальнейшей динамики болезни. В первом случае наряду с прогрессированием соматического заболевания одновременно развивается и невротическое состояние, имеется два заболевания, и пациент нуждается в лечении у интерниста и врача-психотерапевта. Во втором случае соматическое заболевание спонтанно или под влиянием лечения регрессирует, а невротическое состояние претерпевает дальнейшее развитие. Чаще всего невроз «использует» симптоматику соматического заболевания, резидуальный соматический материал, который во многом определяет ведущие клинические проявления невроза. Лечение требует применения специализированной психотерапии, учитывающей основные механизмы развития невроза, образования его симптомов и синдромов.

Основной тенденцией в области психотерапии сегодня является ориентация на краткосрочные методы психотерапии. В деятельно-

сти ВОП они, безусловно, должны занимать основное место. Можно сказать, что, если пациент нуждается в длительной психотерапии, это является одним из основных показаний для направления его к врачу-психотерапевту. К исключениям относится поддерживающая психотерапия, имеющая своей целью снятие тревоги у хронических больных в период ремиссии (компенсации). Если из анамнеза известно, что пациент находится в ситуации напряжения, носящей длительный характер и затрагивающей систему его значимых отношений, большое значение имеет поддержание способности больного к адекватной оценке ситуации и поиску выходов из нее.

Методы краткосрочной психотерапии

Понятие краткосрочной психотерапии

В последние годы вокруг вопроса о краткосрочной психотерапии идет оживленная дискуссия. Она вызвана тем обстоятельством, что интенсивность жизни постоянно возрастает, предполагая сокращение времени, которое необходимо для получения лечебного эффекта. В уменьшении количества лечебных сеансов заинтересованы прежде всего пациенты и страховые компании, оплачивающие их счета. Данное обстоятельство побуждает психотерапевтов активно изыскивать средства эффективного краткосрочного лечения. Однако возможность сокращения лечебного курса всегда лимитирована теоретическими основами и методологическими особенностями того или иного направления. Поэтому не должно удивлять, что разные авторы вкладывают в понятие краткосрочной психотерапии разное содержание. Это касается и временн° х характеристик, и интенсивности применяемых техник, и объема решаемых проблем. Само понятие краткосрочности весьма относительно: так, например, то, что краткосрочно для психоаналитической терапии, может представляться крайне долгосрочным для некоторых видов гештальт-терапии и тем более для терапии, опирающейся на гипносуггестию. Применительно к практике ВОП краткосрочной допустимо считать такую психотерапию, при которой основной лечебный эффект может быть получен в пределах от одного до полутора-двух десятков врачебных сеансов продолжительностью от получаса до часа. При этом в одних случаях сеансы можно проводить с частотой в считанные дни, в других курс может быть растянут на месяцы.

Показания и противопоказания к краткосрочной психотерапии

Краткосрочная психотерапия показана в тех случаях, когда психогенный фактор достаточно очевиден, когда он является основным для

патологической системы, а характер когнитивных, эмоциональных и связанных с ними соматических нарушений допускает возможность сравнительно быстрой радикальной не только психологической, но и социальной перестройки. ВОП должен реалистично оценить перспективу такой всесторонней реорганизации и, если она практически невозможна в рамках краткосрочной психотерапии, ориентировать лечебный процесс на «долгосрочную технологию». Во всяком случае, дело обстоит именно так с больными, нуждающимися не только в изменении взаимоотношений с микросоциальной средой, но и в реконструкции личности. Их следует направлять на лечение к психотерапевту, т. е. к врачу, специализирующемуся на решении подобного рода задач.

Что касается противопоказаний к краткосрочной психотерапии, то пациенты, имеющие множество взаимосвязанных проблем или же испытывающие выраженную тревогу и беспокойство, — не самые адекватные кандидаты для такого лечения. Оно не подходит и для тех, кто убежден в физической природе своего страдания или же скептически относится к психотерапии. Такие пациенты, как правило, отказываются признать, что им нужна психологическая помощь. По этой причине оказание ее возможно лишь в течение длительного времени.

Один из специалистов в области краткосрочной психотерапии, A. Lazarus (1976), создатель метода краткосрочной мультимодальной психотерапии, указывает на существование 8 слагаемых проблемы, которые психотерапевт должен проработать, чтобы получить необходимый лечебный эффект:

- противоречивые, или амбивалентные, чувства или реакции пациента;
- неадаптивное поведение;
- дезинформация (ложные когниции);
- недостаток сведений, опыта;
- межличностное давление;
- физиологические дисфункции;
- внешние стрессоры;
- психотравматический опыт.

«Мне редко попадались пациенты, — пишет он, — у которых не проявлялись бы первые пять проблем. У каждого есть, по крайней мере, одна или две из них. Что-то нарушено, что-то отсутствует, что-то вызывает амбивалентные чувства. Точно так же все мы плохо информированы об определенных предметах или факторах, и в большей или меньшей степени каждый испытывает недостаток в определенных умениях и значительном объеме информации (иными словами, какие-то знания нам в настоящий момент недоступны). Что касается межличностного давления и требований со стороны окружающих, то только отшельник имеет шанс избежать их, но полная и абсолютная социальная изоляция, совершенно очевидно, не является правильным решением; к тому же опыт взаимоотношений с другими людьми совершенно необходим для личности. Если налицо какие-то биологические нарушения или же возникают подозрения в их существовании, требуется тщательное медицинское обследование. По моему опыту, когда частью проблемы являются внешние стрессоры или серьезные травматические события, необходимо принимать их во внимание, и в этом случае эффективность краткосрочного вмешательства значительно снижается. Жертвы острых травматических событий обычно нуждаются в социальной и общественной поддержке в дополнение к специфическому психотерапевтическому вмешательству» (Lazarus A., 2001).

Методы краткосрочной психотерапии, использование которых возможно в общей врачебной практике

Поскольку поиск краткосрочных форм психотерапии осуществляется давно, существует множество лечебных технологий, которые либо уже своим названием относятся к данной категории, либо могут быть отнесены к ней по своей сути. Фактически краткосрочные методы есть во всех основных направлениях современной психотерапии. Однако в практике ВОП возможно использование только таких методов, реализация которых не требует глубокой и детальной проработки клинико-психологического материала, предполагающей наличие психотерапевтической квалификации. Так что подходящие методы можно с известной долей условности представить в виде трех групп:

- методы релаксации;
- методы когнитивно-поведенческой психотерапии;
- методы гипносуггестивной психотерапии.

Дополнительными критериями для отбора пациентов на краткосрочную психотерапию может служить набор условий, предложенных автором краткосрочной психодинамической модели психотерапии P. E. Sifneos (1979), которые можно выделить уже в ходе первого интервью. Прежде всего это достаточно высокая мотивация, помимо этого — уровень интеллекта выше среднего, наличие как минимум одних значимых отношений с другим на протяжении жизни индивида, эмоциональный кризис, способность взаимодействовать с консультирующим психиатром и говорить о своих чувствах, мотивация на интенсивную работу во время психотерапии, наличие специфической ведущей жалобы.

Следующие признаки могут помочь более точно оценить мотивацию пациента:

1) способность признать, что симптомы имеют психологическую природу или часть симптомов имеют психологическую природу;
2) тенденция признания наличия эмоциональных трудностей;
3) желание активно участвовать в ситуации лечения;
4) любопытство и желание понять самого себя;
5) желание изменить себя;
6) ожидания реалистичных результатов лечения.

Необходимо, чтобы пациент и психотерапевт достигли соглашения относительно цели терапии: «Психотерапия всегда представляется пациенту как совместное предприятие, где пациент обучается техникам разрешения проблем... Если достигается соглашение относительно сферы конфликта, то возможно дальнейшее проведение психотерапии».

Одним из основных условий применения того или иного метода психотерапии может считаться хорошее владение специалистом основными техниками и приемами. Преимущество краткосрочных методов заключается не только в коротком курсе лечения, но и в возможности для специалиста быстрее овладеть основами метода. При этом важно помнить, что ни один из них не является панацеей и мо-

жет применяться лишь в деятельности ВОП. Предпочтение должно отдаваться прежде всего психотерапевтической работе, направленной на уменьшение симптоматики, предотвращение ипохондризации пациентов, и профилактики, вторичной невротической переработки.

Методы релаксации

Релаксация (лат. r*elaxatio* — расслабление). В основе эффективности этих методов лежит известная связь между напряжением мышц и нервно-психическим напряжением. Они образуют две группы: методы аутогенной релаксации (вызываемой пациентом самостоятельно) и методы интерактивной релаксации (возникающей при взаимодействии с врачом, компьютером или специальным устройством, обеспечивающим биологическую обратную связь). Деление на аутогенные и интерактивные релаксации, безусловно, весьма относительно, так как, во-первых, самостоятельным занятиям аутогенной релаксацией всегда предшествуют занятия с врачом, сеансы гетеротренинга; во-вторых, эффективность самостоятельных занятий во многом определена характером взаимодействия, сложившегося между врачом и пациентом. Поскольку на освоение навыков релаксации уходят месяцы, относить релаксационные методы к краткосрочной терапии можно лишь весьма условно — с учетом того, что большую часть тренировок пациенты могут осуществлять самостоятельно.

Методы аутогенной релаксации

К методам аутогенной релаксации относятся: прогрессирующая мышечная релаксация по E. Jacobson, аутогенная тренировка, медитация, контроль дыхания. Все это — достаточно эффективные средства не только сглаживания и ликвидации клинических проявлений стресса, но и профилактики таких проявлений. Последовательное освоение пациентом общих навыков релаксации имеет терапевтическое значение при стрессовых состояниях по нескольким причинам:

1. С физиологической точки зрения релаксация является полной противоположностью симпатической стрессовой реакции и на определенное время может вызвать состояние, характеризующееся общим понижением психофизиологической активности. Такой

эффект опосредован парасимпатической нервной системой. В обстоятельствах же стресса умеренная активация вагоинсулярного аппарата способствует нормализации состояния в целом.

2. Применение релаксации 1–2 раза в день в течение нескольких месяцев может вести к понижению активности лимбической и гипоталамической областей. Этим, видимо, объясняется то, что пациенты, занимающиеся релаксацией регулярно, сообщают об уменьшении у них общей тревожности. А это, безусловно, полезная тенденция, означающая снижение риска испытывать чрезмерное психологическое и физиологическое возбуждение в стрессовой ситуации.
3. Часто отмечаются позитивные сдвиги в структуре личности пациентов, использующих релаксационные методы в течение продолжительного времени. Самым заметным из них является повышение степени интернальности в поведении, развитие более адекватной самооценки.

Большое влияние на исход лечения методами аутогенной релаксации оказывают индивидуальные особенности пациентов: к патологическим проблемам одних они подходят «как ключ к замку», в то время как у других эти же методы могут приводить к определенным побочным эффектам.

До последнего времени считалось, что методы аутогенной релаксации представляют собой совершенно безопасную форму терапевтического вмешательства. Однако по мере роста их популярности был установлен ряд негативных побочных эффектов. Так, G. S. Everly и R. Rosenfeld (1985) описывают 5 основных типов побочных эффектов:

1. Утрата контакта с реальностью. Этот тип нарушений, характеризующийся развитием необычных соматических ощущений, острых галлюцинаторных переживаний, деперсонализации и бреда (обычно параноидного типа), может возникать у больных с аффективными психозами или психозами с нарушениями мышления. Поэтому методы, вызывающие глубокую релаксацию, не рекомендуется использовать также для лечения больных, склонных к чрезмерному фантазированию.

2. Изменение реакции на лекарственные препараты. Индуцирование у пациента состояния, определяемого активностью парасимпатической нервной системы, может изменить действие лекарственного препарата или химического вещества. Особое внимание надо обращать на больных, принимающих инсулин, холинэргические, а также седативно-снотворные или сердечно-сосудистые препараты. В таких случаях систематическое применение релаксации может в конечном счете привести к устойчивому изменению (чаще — снижению) доз принимаемых препаратов.
3. Панические состояния. Панические реакции характеризуются высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля при релаксации, проявляются в частичной утрате чувства безопасности, а в некоторых случаях и в появлении сексуально окрашенных эмоций. При работе с такими пациентами желательно использовать конкретный релаксационный метод (например, нервно-мышечную релаксацию), а не более абстрактный подход (такой как медитация).
4. Преждевременное высвобождение вытесненных представлений. Нередко в состоянии выраженной релаксации в сознание пациента проникают глубоко вытесненные мысли и эмоции. Хотя в некоторых психотерапевтических школах такие реакции рассматриваются как желательные, они могут быть восприняты пациентом как носящие деструктивный характер, будучи неожиданными или слишком интенсивными для того, чтобы конструктивно работать с ними на данном этапе терапевтического процесса. Прежде чем применять релаксационные методы, психотерапевт должен проинформировать пациента о возможности появления таких представлений, оказать помощь пациенту, если подобные явления возникнут.
5. В некоторых случаях применение релаксационных методов в терапевтических целях может вызывать чрезмерное снижение уровня психофизиологического функционирования пациента. В результате этого могут наблюдаться следующие феномены:
   - состояние временной гипотензии. Прежде чем применять релаксационные методы, психотерапевту следует знать, каково артериальное давление пациента в состоянии покоя; если оно

ниже 90/50 мм рт. ст., должны быть приняты меры предосторожности. Головокружение и обморок можно предотвратить, если предложить пациенту открыть глаза, потянуться и оглядеть комнату при первых признаках головокружения. Необходимо также попросить его подождать 1–3 мин, прежде чем вставать после сеанса релаксации;

✧ состояние временной гипогликемии. Глубокая релаксация оказывает на некоторых людей инсулиноподобное действие и может вызвать у них гипогликемическое состояние, если пациент предрасположен к реакции такого рода или если он не поел в этот день как следует. Это состояние может продолжаться до тех пор, пока пациент не примет пищу.

Методы аутогенной релаксации широко используются ввиду их эффективности и кажущейся простоты применения. И хотя нежелательные побочные эффекты наблюдаются редко, эти методы не являются абсолютно безопасными. Поэтому врачу следует со всей ответственностью подходить к их применению.

Прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона

Эта методика была разработана чикагским врачом E. Jacobson (1929). Он исходил из того общеизвестного факта, что психоэмоциональное напряжение сопровождается мышечным напряжением, и в то же время заметил, что при разных типах отрицательных эмоций напряжение наблюдается в различных группах мышц. Основываясь на этом наблюдении и на представлении о замкнутости церебронейромускулярных связей, он предположил, что путем «дифференцированной релаксации» можно осуществлять коррекцию эмоционального состояния. При этом для овладения навыками произвольной релаксации E. Jacobson предложил использовать концентрацию внимания на ощущениях расслабления, которое возникает в мышцах после их краткосрочного сильного напряжения. В оригинальном виде методика E. Jacobson требует одночасового занятия в день при самостоятельном выполнении тренировок и от 1 до 3 сеансов часовой продолжительности в неделю при проведении их с ВОП. Обучение различным аспектам релаксации может продолжаться длительное время. Вначале обучение проводится в положении лежа.

- На первом этапе пациент обучается деконтракции рук. Для этого существует ряд длительных упражнений. Первое из них — лежа на спине, с закрытыми глазами, пациент старается оставаться неподвижным в течение всего упражнения (30–50 мин).
- Второе: лежа на спине, с закрытыми глазами, пациент приподнимает и вытягивает руку на 1–2 мин, наблюдая за ощущениями напряжения в запястье, пальцах и предплечье; после этого позволяет ей упасть. В течение 30–50 мин это проделывается всего 2–3 раза.
- Третье упражнение повторяет первое, но проводится с обеими руками. Важным компонентом техники является осознавание напряжений в различных группах мышц, а также связывание этих ощущений с дыханием: с выдохом связывается представление о том, что напряжения как бы утекают из тела.
- Следующий этап — обучение расслаблению ног. В течение 50-минутного упражнения пациент дважды вытягивает и напрягает ноги, наблюдая за ощущениями напряжения в стопах и пальцах ног, после чего резко расслабляет их. На этом и дальнейших этапах пациент должен уже осознавать, что расслабление ног сопровождается расслаблением рук, т. е. чувствовать генерализацию расслабления.
- Научившись расслаблению рук и ног, пациент переходит к обучению расслаблению мышц туловища, затылка, и наконец области лба, глаз, шеи. Так, в упражнении для глаз пациент вначале заводит глаза максимально вправо, а затем расслабляет их, возвращая в исходное положение; далее — влево, вверх, вниз. Это обучение проводится в позиции лежа под контролем ВОП. Постепенно пациент переходит к выполнению упражнений в положении сидя.
- Особый этап — расслабление вокальной сферы. Первое упражнение: громко считая до десяти, пациент должен при этом осознавать напряжение в языке, в губах, нижней челюсти. Далее он прекращает считать и расслабляет эти мускулы (2 раза). В следующем упражнении он снова считает, но уже тихим голосом, а далее шепотом. В третьем упражнении, считая уже про себя, пациент должен осознавать напряжение и расслабление вокальной сферы.
- Следующий уровень занятий — это так называемая дифференцированная релаксация. Она заключается в том, чтобы, выполняя

любые действия, обходиться минимумом мышечных напряжений, так чтобы мышцы, не занятые действием, оставались расслабленными. Далее — так называемая ситуативная релаксация. Это распространение упражнений релаксации на повседневную жизнь.

В целом E. Jacobson разработал около 200 специальных упражнений для максимального напряжения и расслабления разных мышц, включая самые мелкие. Однако сегодня прогрессивная релаксация в своей полной форме мало практикуется. Ей предпочитают различные упрощенные версии, также являющиеся эффективными. В них прогрессивная релаксация сводится к последовательному напряжению разных мышечных групп в течение 5–10 с, сопровождаемому расслаблением в течение 15–20 с с концентрацией внимания на чувстве расслабленности. Предложено 16 мышечных групп для базовой тренировки:

1. Доминантная кисть и предплечье. Выполняя упражнение, необходимо максимально сильно сжать кулак и согнуть кисть в любом направлении.
2. Доминантное плечо (согнуть руку в локте и сильно надавить локтем себе в корпус или на ближайшую поверхность — кровать, подлокотник.
3. Недоминантная кисть и предплечье.
4. Недоминантное плечо.
5. Мышцы верхней трети лица (поднять брови как можно выше и широко открыть рот).
6. Мышцы средней трети лица (сильно зажмуриться, нахмуриться и наморщить нос).
7. Мышцы нижней трети лица (сильно сжать челюсти и отвести уголки рта назад, к ушам).
8. Мышцы шеи (притянуть плечевые суставы высоко к ушам и в таком положении наклонить подбородок к груди).
9. Мышцы груди и диафрагма (сделать глубокий вдох, свести локти перед собой и сжать их).
10. Мышцы спины и живота (напрячь мышцы брюшного пресса, свести лопатки и выгнуть спину).

11. Доминантное бедро (напрячь передние и задние мышцы бедра, держа колено в напряженном полусогнутом положении).
12. Доминантная голень (максимально потяните на себя ступню и разогните пальцы ступни).
13. Доминантная ступня (вытяните голеностопный сустав и сожмите пальцы ступни).
14. Недоминантное бедро.
15. Недоминантная голень.
16. Недоминантная ступня.

Вся тренировка может занимать до 30 мин. С приобретением опыта время упражнений сокращается до 15–20 мин. Рекомендуется выполнять всю последовательность один раз в день.

Известна также упрощенная версия J. Wolpe (1950). Она сокращена до 6 мышечных групп:

1. Обе руки.
2. Лоб и глаза.
3. Нижняя челюсть.
4. Шея и плечи.
5. Грудная клетка, живот и спина.
6. Бедра, голени и стопы.

Аутогенная тренировка

В 1932 году вышла в свет монография J. Schultz «Аутогенная тренировка — сосредоточенное саморасслабление». Основными слагаемыми этой психотерапевтической технологии являются: тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика). Широкое распространение аутогенной тренировки во всем мире сопровождалось появлением многочисленных модификаций. Сегодня некоторые из них не менее популярны, чем оригинальный метод. Модификации, получившие наибольшее распространение в нашей стране, детально описаны в монографии В. С. Лобзина и М. М. Решетникова «Аутогенная тренировка» (1986).

Аутогенная тренировка наиболее эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Применительно к неврозам аутогенная тренировка показа-

на прежде всего при неврастении. В рамках этой формы наибольший эффект отмечается при психогенных сексуальных расстройствах и нарушениях сна. При неврозе навязчивых состояний с помощью аутогенной тренировки удается купировать фобический синдром. В то же время аутогенная тренировка мало эффективна при истерии, когда отмечается своеобразная «желательность» болезни, и при психастении. Что касается психосоматических расстройств, то наилучшие результаты применения аутогенной тренировки наблюдаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры (при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта). Противопоказаниями для применения аутогенной тренировки являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется аутогенная тренировка во время обострения соматических заболеваний и при вегетативных кризах. Стоит иметь в виду и предупреждение, сделанное автором метода в предисловии к первому изданию своей монографии о недопустимости его использования без врачебного контроля, «так как по своей внутренней сути аутогенная тренировка направлена на перестройку сознания...».

В классической аутогенной тренировке (по J. Schultz) выделяют две ступени:

1) низшая ступень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущений тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания;
2) высшая ступень — аутогенная медитация — совокупность упражнений, нацеленных на тренировку способности к визуализации представлений и нейтрализации посредством их аффективных переживаний.

Техника аутогенной тренировки

Перед началом тренировок с пациентом проводится беседа, разъясняющая физиологические механизмы воздействия аутогенной тренировки на организм. Подчеркивается, что формулы самовнушения следует повторять спокойно, без излишней концентрации внимания

и эмоционального напряжения. Необходимо также сформировать у больного представление о перспективе овладения методом. Полный курс аутогенной тренировки (две ступени) рассчитан на 9–12 мес. На освоение первой ступени уходит 2–3 мес, а второй — не менее полугода. На протяжении всего этого срока необходим постоянный врачебный контроль. Его удобно осуществлять в виде сеансов индивидуальной и групповой тренировки, которые проводятся 1 раз в неделю. Самостоятельно самовнушение осуществляют 3 раза в день (утром, после пробуждения от сна, днем и вечером, перед сном). Первые 3 мес. длительность каждого занятия не превышает нескольких минут. Что касается упражнений высшей ступени, то они опираются на уже приобретенный навык достигать состояния аутогенной релаксации и находиться в нем до получаса.

Техника первой ступени. Низшую ступень аутогенной тренировки составляют 6 стандартных упражнений, на освоение каждого из которых требуется 10–15 дней. Эти упражнения выполняются в одной из трех поз:

1) положение сидя, «поза кучера», — тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги расставлены;
2) положение лежа — тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевых суставах, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз;
3) положение полулежа — тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги расставлены.

Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5–6 раз) соответствующих формул самовнушения. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой «Я спокоен» и заканчивается формулой «Я совершенно спокоен».

- *Первое упражнение*. Вызывание ощущения тяжести. Начинать следует с доминирующей руки. При этом формула может быть такой: «Моя правая/левая рука тяжелая». Через несколько дней, когда ощущение тяжести в руке уже вполне отчетливо, формула стано-

вится такой: «Обе руки совершенно тяжелые». Далее таким же образом чувство тяжести вызывается последовательно в обеих ногах и во всем теле.

- *Второе упражнение*. Вызывание ощущения тепла. Формулы: «Я спокоен» (1 раз); «Тело тяжелое» (1 раз); «Моя правая/левая рука теплая» (6 раз). В последующем переходят к формуле «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое». Завершающая формула может быть краткой: «Все тело тяжелое и теплое». Упражнение освоено, когда генерализованное ощущение тяжести и тепла в теле появляется уже после однократного воспроизводства этой формулы.
- *Третье упражнение*. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Я спокоен» (1 раз); «Все тело тяжелое и теплое» (1 раз); затем, положив правую руку на область сердца, мысленно повторяют (6 раз) «Мое сердце бьется спокойно и ритмично». Упражнение считается освоенным, когда удается влиять на ритм сердечной деятельности.
- *Четвертое упражнение*. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Целевая формула, дополняющая предыдущие: «Мое дыхание совершенно спокойно» (6 раз).
- *Пятое упражнение*. Вызывание ощущения тепла в области солнечного сплетения. Перед тренировкой больному надо разъяснить местоположение и роль солнечного сплетения в регуляции функций внутренних органов. Целевая формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло» (6 раз).
- *Шестое упражнение*. Вызывание ощущения прохлады в области лба. Целевая формула: «Мой лоб приятно прохладен» (6 раз).

Уже при освоении двух первых стандартных упражнений («тяжесть» и «тепло») возникает состояние так называемого «аутогенного погружения». Фактически четыре следующих упражнения выполняются в этом состоянии. Поскольку оно близко к сомноленции, завершение каждого занятия предполагает процедуру пробуждения, выхода из «погружения». Для этого достаточно сначала дать себе соответствующую мысленную команду, а после совершить несколько сгибательно-разгибательных движений в локтевых суставах, глубоко вдохнуть и на вдохе открыть глаза. Поскольку «аутогенное погру-

жение» весьма близко к первой стадии гипнотического сна, его можно эффективно использовать как для внушения в ходе групповых тренировок, так и для самовнушения. И в практике ВОП использование данной возможности весьма перспективно.

Создавая свою систему, J. Schultz полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь нейтрализовав отрицательные переживания. Для решения этой задачи он разработал высшую ступень аутогенной тренировки, упражнения которой призваны научить вызывать сложные переживания, способные привести к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). При этом аутогенное погружение является базисным психофизиологическим состоянием, а психологическую основу собственно второй ступени составляет медитация.

Техника второй ступени (аутогенной медитации). Прежде чем приступать к медитативным упражнениям, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения достаточно длительное время (до получаса и более) даже при наличии таких помех, как яркий свет и шум.

- *Первое упражнение*. Фиксация спонтанно возникающих цветовых представлений — медитация на цвете. Во время тренировки предметом внимания является именно цвет. И упражнение повторяется до тех пор, пока визуализация цветных образов не станет вполне доступной.
- *Второе упражнение*. Вызывание определенных цветовых представлений, «видение» заданного цвета.
- *Третье упражнение*. Визуализация конкретных предметов — медитация на образе. Показателем освоения этого упражнения является способность к целенаправленной визуализации самого себя.
- *Четвертое упражнение*. Сосредоточение на зрительном представлении таких абстрактных понятий, как «справедливость», «счастье», «истина» и т. п. Соответствующие образные эквиваленты, конечно, строго индивидуальны. Так, например, «счастье» для кого-то ассоциируется с образом близкого человека, а для кого-то — весны. По мнению J. Schultz, конкретные зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают выявиться подсознательному.

- *Пятое упражнение*. Сосредоточение на эмоциональном состоянии, которое сопряжено с тем или иным конкретным объектом.
- *Шестое упражнение*. Вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы «нейтральных» лиц, затем — эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. J. Schultz отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржированно, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более «спокойными», «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты, элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».
- *Седьмое упражнение*. Автор назвал его «ответом бессознательного». Тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?» и т. п. А ответ получает в виде спонтанных образов, помогающих увидеть себя со стороны в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так достигается катарсис, самоочищение и наступает «аутогенная нейтрализация», т. е. излечение.

Методика контроля дыхания

Использование контроля дыхания для снятия эмоционального напряжения известно давно. В разных методиках используются различные психофизиологические механизмы, обеспечивающие этот эффект. Однако, по-видимому, среди них одним из общих и основных является способность диафрагмального дыхания усиливать тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и реципрокно ингибировать активность симпатического отдела. Поэтому наиболее эффективными способами достижения психофизиологической релаксации являются упражнения, обращенные к диафрагмальному дыханию. Одно из них, разработанное G. S. Everly (1981), предназначено для ускоренного (30–60 с) вызывания релаксации. Исследования показали, что оно ликвидирует мышечное напряжение и субъективное ощущение тревоги, а также приводит к снижению частоты сердечных сокращений. Ниже представлено описание этого упражнения в форме инструкции, даваемой пациенту.

- Этап 1: «Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот, точнее на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы вам было удобно, на левую. Глаза могут оставаться открытыми, однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения».
- Этап 2: «Вообразите себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри вас — там, где лежат ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом ваши руки будут подниматься. Продолжая вдох, представляйте, что мешок целиком заполняется воздухом. Волнообразное движение, начавшееся в области живота, переходит в среднюю и верхнюю части грудной клетки. Полная продолжительность вдоха для первой и второй недели занятий должна составлять 2 с, затем, по мере совершенствования навыка, ее можно увеличить до 2,5–3 с».
- Этап 3: «Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: “Мое тело спокойно”. Этот этап не должен длиться более 2 с».
- Этап 4: «Медленно начните выдыхать — опустошать мешок. По мере того как вы делаете это, повторяйте про себя фразу: “Мое тело спокойно”». С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Этот этап не должен длиться меньше двух предыдущих, а спустя 1–2 недели занятий его можно увеличить на 1 с.

Этап 1 необходим только в течение примерно первой недели, пока вы обучаетесь глубокому дыханию. Когда вы овладеете этим навыком, то сможете его пропускать. Повторите это четырехступенчатое упражнение подряд только 3–5 раз. Если у вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновляется, просто сократите продолжительность вдоха и/или число выполняемых подряд четырехступенчатых циклов. Поскольку этот вариант релаксации носит характер навыка, можно практиковать его по меньшей мере 10–20 раз в день. Превратите его в ваш утренний, дневной и вечерний ритуалы, а также используйте в стрессовых ситуациях. Поначалу вы можете не заметить никакой

немедленной релаксации. Однако после 1–2 недель регулярных занятий вы будете способны на время расслабляться моментально. Помните, что если вы хотите овладеть этим навыком, то должны заниматься систематически. Регулярное последовательное выполнение упражнений в конечном счете сформирует у вас более спокойное и мягкое отношение, своего рода антистрессовую установку, и когда вы будете попадать в стрессовые ситуации, то вы будете переживать их гораздо менее интенсивно.

Методы когнитивно-поведенческой психотерапии

Когнитивно-поведенческая психотерапия — это современное направление, возникшее на основе поведенческой психотерапии в результате практического осмысления того, что когнитивная сфера, с одной стороны, — плод интериоризации наблюдаемой деятельности; с другой — фактор, предопределяющий реакции взрослого человека на любые внешние воздействия. Согласно теории когнитивно-поведенческой психотерапии, не столько внешние обстоятельства и события определяют характер эмоциональной реакции и связанного с ней поведения, сколько когниции (англ. *cognition*), т. е. установки, мнения, представления, отношение к этим обстоятельствам и событиям самого человека. Следовательно, распространенная формула «это вызвало у меня такую-то эмоцию, переживания и т. д.» фактически не верна, так как это же могло вызвать и совершенно другие эмоции, переживания, другое поведение — при другом отношении к этому. Если в поведенческой терапии коррекция проблемного поведения достигается путем воздействия на само поведение или подкрепляющие его факторы, то здесь та же цель достигается в основном путем воздействия на когниции. Поскольку при этом в ряде случаев терапевтический эффект может быть получен за сравнительно короткий срок, некоторые техники, приемы когнитивно-поведенческой психотерапии вполне могут использоваться ВОП.

Основоположниками когнитивно-поведенческой психотерапии являются A. Beck и A. Ellis. Важнейшие элементы их оригинальных

лечебных технологий представлены ниже. Однако использование этих методов предполагает наличие у специалиста психотерапевтической подготовки. На практике в работе ВОП реализуемы, скорее, более простые формы, такие как моделирующая терапия, методики АВС-самоконтроля и др.

Для того чтобы сориентироваться в когнитивно-поведенческом направлении, ВОП должен иметь представление, во-первых, о его сущности; во-вторых, об основных этапах лечебного процесса. Что касается принципиальной установки, то в общих чертах она уже была определена и для дополнительного прояснения может быть еще раз описана несколько иными словами. Поскольку в теории и практике когнитивно-поведенческой психотерапии любая психогеннообусловленная патологическая проблема (нервно-психические расстройства невротического регистра, психосоматические заболевания, зависимости) понимается как следствие существования ошибочных когниций, постольку мишенью психотерапевтического воздействия должны быть именно они. Цель состоит в том, чтобы научить человека реагировать адекватно. Сам по себе такой путь психотерапевтического влияния подходит только для пациентов, которые достаточно способны к самонаблюдению и самоконтролю. Если это условие не соблюдается, когнитивно-поведенческая психотерапия практически невозможна, и надо использовать другой подход. Что касается основных этапов лечебного процесса в плоскости когнитивно-поведенческой психотерапии, то они в большинстве случаев сводятся к ряду следующих:

1. Прежде всего необходимо показать пациенту на примерах справедливость того фундаментального положения теории когнитивно-поведенческой психотерапии, что не события сами по себе вызывают те или иные болезненные переживания, а их индивидуальное восприятие, т. е. индивидуальные когнитивные особенности. Должно быть показано, что болезнетворные когниции могут быть изменены. Без того, чтобы пациент принял эту точку зрения и понял возможность успеха, дальнейшая работа невозможна. Если он принимает предложенную формулу и форму работы, то принимает и соответствующий характер отношений «специалист–пациент».
2. Как правило, жалоба, с которой пациент обращается за медико-психологической помощью, является одним из частных симпто-

мов существования некой общей проблемы. Чтобы увидеть саму эту проблему, нужно сначала исследовать актуальную проблемную ситуацию, а после — поведение человека в различных жизненных условиях, чтобы обнаружить воспроизводящиеся особенности реагирования. В лучшем случае следует установить истоки этого болезненного стереотипа. Он может быть результатом неадекватных взаимоотношений с родителями, когда болезнетворное поведение закрепилось под влиянием отца, матери или и того и другого. Он может быть воспринят от родителей или других авторитетов путем бессознательной имитации. Он может быть следствием перенесенной психотравмы. Таковы самые частые пути возникновения болезнетворных стереотипов и предопределяющих их когниций.

3. Установив характер патогенной проблемы и ее происхождение, далее нужно самым тщательным образом определить, что именно в когнитивной сфере не так: ошибочные (иррациональные) установки, неадекватные шаблоны восприятия, ошибочные сведения.
4. Обнаруженные когнитивные особенности нужно вывести в сознание пациента и предложить ему соответствующие коррекционные средства. Для различных компонентов когнитивной сферы они различны и ниже представлены отдельно, в связи с описанием частных методик.
5. Этап освоения пациентом адаптивных когниций и новой модели поведения — это ряд сессий, во время которых ВОП анализирует ход оздоровительного процесса, вносит необходимые уточнения и детали в предложенную модель поведения, дает домашние задания.
6. Этап закрепления достигнутых результатов.

Ниже представлено несколько частных методов когнитивно-поведенческой психотерапии, элементы которых могут в том или ином объеме использоваться ВОП.

Рационально-эмоциональная терапия (РЭТ)

РЭТ была создана A. Ellis в 1955 году. Сначала он называл свой метод рациональной психотерапией, с 1961 года стал именовать его РЭТ, а с 1993 года — рационально-эмоционально-поведенческой те-

рапией (РЭПТ). Такое постепенное расширение названия по мере совершенствования технологии вполне понятно, если иметь в виду, что любое эффективное психотерапевтическое воздействие всегда касается и когнитивной сферы, и эмоционального статуса человека, и его поведения.

Мировоззренческую основу РЭТ составляет ряд следующих положений:

1) человек ищет удовлетворения и удовольствий;
2) одной из основных способностей человека является способность к целеполаганию, и потому люди вполне счастливы лишь тогда, когда достигают своих целей. Для этого цели и средства их достижения должны быть реалистичными, рациональными. Все то в когницях, что препятствует нормальному целеполаганию или достижению целей, иррационально;
3) все люди свободны и равны в своих правах, поэтому любые когниции, препятствующие проявлению человеком этих своих качеств, иррациональны;
4) недоучет интересов окружающих столь же иррационален, как и полное подчинение своих интересов чужим;
5) набожная вера в существование сверхъестественного лишает человека свободы и эмоциональной стабильности.

В основу концепции РЭТ положено представление (общее для всех методик когнитивно-поведенческой психотерапии) о том, что главным фактором, определяющим эмоциональное состояние человека, являются его когниции (система убеждений, суждений, установок). Иными словами, характер эмоциональных переживаний, связанных с тем или иным событием, зависит прежде всего от того, как оно интерпретируется. Согласно A. Ellis, во многих случаях болезненные эмоциональные и поведенческие последствия являются результатом наличия у пациента убеждений, названных автором иррациональными. Преодолев их, болезненные последствия можно свести на нет. Для этого пациент должен научиться различать дескриптивные и оценочные суждения, рациональные и иррациональные убеждения.

Дескриптивные когниции — это информация об окружающей реальности, а оценочные когниции — это отношение к ней. Именно

оценочные суждения относительно тех или иных событий предопределяют их эмоциональные и поведенческие последствия. Оценочные суждения могут быть рациональными и иррациональными. Иррациональные суждения болезнетворны. По A. Ellis, все они в основе своей являются когнитивными ошибками.

Для разграничения рациональных и иррациональных суждений РЭТ предлагает 4 критерия:

1) истинность суждения;
2) степень обязательности реализации суждения;
3) сила испытываемых эмоций;
4) степень свободы выбора в использовании способов достижения наличной цели или в отыскании новой цели.

Рациональные суждения реалистичны, их истинность может быть легко доказана. Они не содержат однозначных предписаний развития событий. С ними связаны эмоции умеренной силы и продолжительности. Они сохраняют для человека свободу выбора в достижении целей.

Иррациональные суждения искажают реальность (преувеличение, упрощение, необоснованные предположения, ошибочные выводы, абсолютизация) и потому недоказуемы. Они выражают абсолютное требование, не подразумевающее исключений, и приводят к чрезмерным по силе и/или длительности отрицательным эмоциям. Они ограничивают свободу выбора индивида.

Система рациональных оценочных когниций способствует адекватному взаимодействию человека со средой, ее вероятностному характеру, тогда как система иррациональных установок делает его поведение ригидным. Как правило, происхождение иррациональных установок (суждений) относится к детскому возрасту, когда ребенок воспринимал их без критики. Чаще всего проблемными являются иррациональные установки следующих четырех типов:

1. Установки долженствования, перфекционизм. Они выражают наличие иррационального убеждения в существовании абсолютных долженствований. Вербальными маркерами этой группы являются слова: надо, следует, должен, необходимо, вынужден, придется.
2. Установки катастрофизации. Они выражают наличие иррационального убеждения, что в мире преобладают катастрофические

тенденции. Этот тип установок обнаруживается в словах, обозначающих крайнюю степень негативных последствий того или иного события: ужасный, жуткий, невыносимый, невозможный.

3. Установки обязательной состоятельности. Они выражают наличие иррационального убеждения в том, что для нормального течения жизни человек непременно должен обладать определенными качествами и/или вещами. Вербальными маркерами этой группы установок являются слова: обязательно, необходимо, нужно.
4. Оценочная установка. Она выражает наличие иррационального убеждения в том, что негативную оценку какого-либо отдельного качества человека можно распространить и на него самого в целом.

РЭТ показана при различных заболеваниях, в происхождении которых психологические факторы являются основными или одними из них: невротические расстройства, расстройства отношений, сексуальные нарушения, психосоматические заболевания, зависимости. Нужно иметь в виду, что данный метод предполагает, во-первых, наличие у пациента достаточных способностей к самонаблюдению и анализу своих мыслей; во вторых, способности к установлению отношений с врачом, близких к партнерским.

Общий план терапии

Согласно РЭТ, только исправление иррациональных когниций может привести к оптимизации эмоционального реагирования. Для этого они должны быть прежде всего идентифицированы. По мере идентификации иррациональных установок и их анализа пациент должен пережить три инсайта. Первый из них, заключающийся в связи патогенной установки с детским опытом, по мнению A. Ellis, не является достаточным, так как сами эти установки у взрослого человека функционируют уже автономно. Второй инсайт состоит в осознании того, что они существуют за счет постоянного подкрепления «здесь и сейчас», а третий инсайт — в осознании того, что освободиться от иррациональных когниций можно лишь путем постоянной практики. Этот путь ведет к принятию рациональной релятивистской философии, которая основана на понимании относительности всех ценностей. Тремя главными производными принципа относительности в сфере установок являются:

- антидраматизация;
- повышение толерантности к фрустрации;
- принятие естественного хода вещей.

Поскольку иррациональные когниции, как правило, связаны с детским опытом и пациенты занимают абсолютистскую позицию, психотерапевтическая интервенция предполагает активно-директивный стиль отношений с больным. Врач стремится к безусловному принятию пациента как саморазрушительной личности, обнаруживая понимание не только его чувств, но и производящей их философии. Оздоровительная реконструкция системы убеждений предполагает воздействие на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. На когнитивном уровне РЭТ осуществляет замену перфекционизма на релятивизм и учит семантической точности. В плане эмоциональном и сам врач обнаруживает адекватные эмоции, и пациента побуждает искренне проявлять свои чувства. Юмор, эмоционально насыщенное оспаривание, опровержение, ролевая игра — все это средства РЭТ. Что касается воздействия на поведенческом уровне, то в практике РЭТ разнообразные приемы поведенческой терапии используются и для купирования отдельных симптомов, и для изменения когниций.

Этапы лечебного процесса

1. **Принятие теоретических положений РЭТ.** На этом вводном этапе психотерапевт должен решить три задачи. Прежде всего необходимо подвести пациента к осознанию того, что не события сами по себе производят те или иные психологические проблемы, а наши собственные ошибочные когниции. Вторая задача аналогична первой — дать понятие о том, что отнюдь не другие люди определяют те или иные наши чувства, а наши собственные ошибочные когниции. Показав роль ошибочных когниций в возникновении болезненных переживаний и болезненного поведения, далее надо продемонстрировать возможность управления своими чувствами путем изменения мыслей. Эффективность РЭТ во многом зависит от того, в какой мере человек принял концепцию метода. Поэтому, решая указанные выше задачи, надо стремиться активно вовлекать пациента в рассмотрение предлагаемых примеров и ситуаций.

2. **Характеристика проблемы.** Она должна быть достаточно точно определена и для врача, и для пациента. В плане врачебном важно оценить степень болезненных нарушений, личностные особенности и психологические ресурсы пациента, возможный тип его включенности в лечебный процесс и то, какие тренинги необходимы для покрытия дефицитарных навыков. Что касается определения проблемы для пациента, то оно совершенно необходимо для заключения психотерапевтического контракта, в котором можно было бы точно наметить цели терапии и план лечебных мер.

3. **Прояснение активирующего события.** Такое прояснение призвано сделать очевидным для пациента различие между тремя слагаемыми события: тем, что имело место объективно; тем, как это было воспринято субъективно; оценкой этого события. Отсюда следует осознание того, что изменить можно и должно, а что нельзя и не следует.

4. **Прояснение последствий.** Выбор определенных последствий — это выбор цели терапии. Здесь известные трудности создает тот факт, что, формулируя причины своего обращения за медико-психологической помощью, многие пациенты не сознают, что в действительности ключевым расстройством для них является эмоциональное. В таком случае, занимаясь прояснением последствий и выявляя существование негативных эмоций, врач ставит пациента перед выбором: хочет ли он избавиться от них или сохранить. Если по ряду причин пациент не хочет менять последствия, психотерапия дальше проводиться не может.

5. **Идентификация установок.** На этом этапе осуществляется выявление иррациональных убеждений, предопределивших появление негативных последствий в проблемной ситуации. Пациент должен научиться различать дескриптивные и оценочные суждения, рациональные и иррациональные установки, для того чтобы на следующем этапе установки можно было реконструировать.

6. **Диспут.** Задача этого этапа — окончательное разделение установок на рациональные и иррациональные, оспаривание истинности последних и реконструкция всей системы убеждений. Решение данной задачи осуществляется в виде когнитивного диспута, диспута образного и диспута поведенческого. Когнитивный диспут — это опровержение иррациональных убеждений на рациональном уров-

не. Образный диспут опирается на возможность осуществлять реконструкцию установок путем противопоставления рационального иррациональному в воображаемой проблемной ситуации. Он проводится вслед за когнитивным диспутом. Что касается поведенческого диспута, то он заключается в намеренном совершении действий, противоречащих исходным иррациональным установкам. Пациенту рекомендуется параллельно осознавать свои бывшие иррациональные убеждения и заменять их на новые, релятивистского толка. Только поведенческие изменения свидетельствуют об усвоении пациентом новых взглядов на жизнь.

7. **Закрепление изменений.** Для того чтобы новая, рациональная система установок закрепилась, стала привычной, пациент должен сознательно приобретать навыки соответствующего поведения. Поэтому обязательным компонентом РЭТ являются домашние задания и самостоятельные занятия.

Реализация РЭТ врачом ВОП предполагает дополнительное изучение соответствующей литературы, а также обучение этому методу.

Когнитивная терапия

Когнитивная терапия была предложена A. Beck в 60-х гг. XX в. применительно к депрессиям. Сейчас этот метод используется также при широком круге расстройств невротического регистра, а также при различных психологических проблемах с субклиническими расстройствами. В работе ВОП этот подход может быть эффективным при тревожных состояниях и при некоторых психосоматических заболеваниях.

В основу метода положено представление о том, что восприятие предполагает преломление информации через когнитивные модели или схемы, которые сложились ранее. Схемы могут быть адаптивными и дисфункциональными. Если в результате преломления через дисфункциональную схему субъективная картина значительно отличается от объективной, взаимодействие с реальностью расстраивается. Как следствие, возникают эмоциональные, а впоследствии и поведенческие проблемы и клиническая симптоматика. Главным лечебным средством когнитивной терапии является замена неадекватных когнитивных моделей на адекватные. Психотерапевтическое воздействие на когнитивную сферу касается трех уровней:

- произвольного мышления;
- «автоматических мыслей»;
- убеждений.

На уровне **произвольного мышления** логические аберрации, приводящие к психопатологическим последствиям, могут относиться ко всем этапам когнитивной переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпретация). В ходе психотерапии пациент должен научиться распознавать их и проверять обоснованность выводов, которые были сделаны им на основе полученной информации. Ошибочные выводы подлежат замене на более адекватные. Примером когнитивных ошибок может служить ряд типов, выделенных A. Beck у депрессивных больных:

- сверхобобщение — экстраполяция вывода, сделанного на основе единичного наблюдения, на все сходные ситуации;
- избирательность — обращение внимания лишь на отдельные детали события, игнорируя другие детали и его контекст;
- персонификация — ошибочное приписывание себе значения события;
- дихотомичность — мышление в полярных категориях или/или, когда все или хорошо или плохо, или чудесно или ужасно — третьего не дано;
- излишняя ответственность — ощущение личной ответственности за все, что произошло.

«Автоматическими мыслями» в когнитивной терапии называются мысли, возникающие в ответ на событие без рассуждений, как бы рефлекторно. Имея характер убеждений, человеку они представляются вполне истинными без каких-либо обоснований. Такие мысли чаще всего проносятся в голове практически незаметно, но именно они определяют поведение. Задача психотерапевта — показать болезнетворное значение таких когниций, научить пациента распознавать их, с тем чтобы в конечном счете заменить на более адекватные.

Убеждения. Согласно концепции когнитивной терапии, при различных патологических состояниях особенность когнитивной переработки информации определена наличием специфичного предубеждения, особых дисфункциональных когниций. Так, например, при

тревожных расстройствах предубеждение заключается в том, что человек склонен воспринимать весь окружающий мир как таящий опасность, источающий угрозу. Его внимание постоянно приковано к концепции опасности (опасности для него самого, для его семьи, его ценностей). За счет генерализации тревоги и ложных предположений практически любой стимул может представляться угрожающим. Наблюдается тенденция оценивать события как катастрофические. Одним из симптоматичных для тревожных индивидов является страх утраты контроля над собой (над собственным организмом, над собственным разумом), который сопровождается чувствами униженности и смущения.

Общим для пациентов с психосоматическими расстройствами, такими как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, неспецифический колит, является предубеждение, заключающееся в чрезмерной требовательности к себе. Им свойственны: непомерно развитое чувство долга, чувство личной ответственности за все происходящее, излишняя пунктуальность, болезненная обязательность, завышенные морально-нравственные стандарты. При наличии подобных дисфункциональных убеждений эмоциональная реакция даже на обычные жизненные трудности является чрезмерной и болезненно сказывается на наиболее уязвимой морфофункциональной системе организма.

Стратегии когнитивной терапии

A. Beck определил в качестве основных три следующие стратегии когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог, направляемое открытие:

- Эмпиризм сотрудничества — это формула исследования когниций (интерпретаций и предположений) пациента в плане их прагматической ценности, которое опирается на факты, подкрепляющие или опровергающие их.
- Сократовский диалог — переубеждение посредством диалектики, когда, опираясь на логику, врач, вопрос за вопросом, подводит пациента к осознанию того, что его исходные суждения являются противоречивыми и бездоказательными и как таковые должны быть отвергнуты.

- Направляемое открытие — это стратегия, заключающаяся в том, чтобы посредством поведенческих экспериментов предоставить пациенту возможность, открыв адаптивные возможности мышления и поведения, сформировать реалистический взгляд.

Этапы лечебного процесса

1. **Терапевтический альянс.** Прежде всего необходимо установить отношения конструктивного сотрудничества. Когнитивная терапия предполагает, что они должны быть приближены к отношениям равного партнерства в «команде», которая будет заниматься исследованием мыслей, чувств и поведения пациента. Иными словами, необходим терапевтический альянс.

2. **Обоснование когнитивного подхода.** Первейшей задачей собственно терапии является разъяснение пациенту базисного положения когнитивной терапии о зависимости эмоций и поведения от когниций. Это положение должно быть принято им вполне сознательно.

3. **Сведение проблем, укрупнение мишеней психотерапевтического воздействия.** Решение этой задачи предполагает определение круга проблем и их группирование по общим причинам.

4. **Идентификация неадаптивных когниций.** Неадаптивными являются любые мысли, вызывающие неадекватные эмоции/поведение или затрудняющие принятие адекватного решения. Чаще всего они имеют вид «автоматических мыслей», которые, как уже указывалось ранее, появляются в ответ на событие без какой-либо предварительной переработки информации о нем. Задача данного этапа терапии заключается в том, чтобы пациент путем самонаблюдения научился распознавать их.

5. **Отдаление.** Распознанные неадаптивные когниции подлежат исследованию, в ходе которого пациенту предлагается доказать их истинность. Становясь предметом объективного рассмотрения, когниции как бы отдаляются от субъекта, а субъект дистанцируется от них. Пациент обретает навык видеть в своих когнициях не факты, а гипотезы, истинность которых должна быть подтверждена фактами.

6. **Изменение правил регуляции поведения.** Согласно теории когнитивной терапии, люди в своей жизни руководствуются правилами, которые могут быть жесткими и гибкими, точными и неточными. Жесткие, равно как и неточно сформулированные, пра-

вила чреваты проблемами: жесткие — потому что они противоречат вероятностному ходу событий; а неточные — потому что они фактически невыполнимы. И те и другие могут быть реконструированы на когнитивном уровне.

Поскольку главными лечебными средствами когнитивной терапии являются осознание неадекватных правил обработки информации и замена их на адекватные, постольку сам этот метод более всего показан людям, склонным к самонаблюдению и анализу своих мыслей.

Моделирующая психотерапия

Реализует естественную возможность научения адаптивному поведению посредством имитации, т. е. подражания. Эта технология сложилась в рамках поведенческого направления, поэтому формально техники моделирующей психотерапии относятся к нему. Однако по сути в них реализуется подход скорее когнитивно-поведенческий, поскольку, осуществляя моделирующую психотерапию, психотерапевт в ходе лечебной коммуникации обязательно обращается к когнитивной сфере не просто как к медиатору, но и модифицирует разряд когниций, имеющих отношение к подражанию. Само по себе восприятие модели или ее формирование — это в значительной мере когнитивный процесс. Модели, эталоны, образцы всегда использовались для передачи опыта и знаний. Однако в лечебных целях эта форма обучения стала широко применяться лишь в последнее время.

Основные понятия

Модель. В моделирующей психотерапии термин «модель» означает либо конкретного человека, поведение которого предлагается имитировать («живая модель»), либо какого-либо заменителя (киногерой, персонаж видеозаписи, литературный персонаж). В последнем случае речь идет о «символических моделях», к категории которых относится также воображаемая модель. Атрибуты любой модели — это не только формы поведения, но и последствия такового. Поскольку последствия вообще являются факторами, подкрепляющими или ослабляющими данную форму поведения, последствия поведения модели тоже имеют такое действие. Последствия модельного поведения, которые способствуют его имитации, в моделирующей

психотерапии обозначают термином «викарное подкрепление», а последствия, уменьшающие вероятность подражания, — термином «викарное аверсивное подкрепление».

Имитация. Спонтанная имитация бывает точной, детальной, а бывает парциальной. Это зависит от целого ряда обстоятельств. В лечебной практике степень подражания может задавать психотерапевт. Он должен учитывать, что имитация — процесс, который в значительной мере опирается на неосознаваемые механизмы. Именно они определяют степень запечатления стереотипов модели и степень возможной идентификации с ней. Если поведение модели сильно противоречит исходным установкам пациента, использовать такую модель можно лишь после предварительной психотерапевтической коррекции установок. Выбор психокоррекционной методики никак не лимитирован ориентацией на моделирующую психотерапию.

Слагаемые технологии моделирующей психотерапии

Психодиагностика может осуществляться традиционным способом — путем детального расспроса пациента о его поведении в проблемной ситуации. Однако зачастую обнаружить аномальный стереотип или установить некую дефицитарность нормального стереотипа проще в виде репетиции, т. е. игры. Для этого пациенту предлагается проиграть свое типичное поведения (тот или иной тип взаимодействия с кем-либо) в проблемной ситуации.

Репетиция поведения является также самой простой и популярной техникой приобретения новых адаптивных стереотипов и усиления недостаточных. Психотерапевт, исходя из диагностированной проблемы пациента и его наличных установок, предлагает ему подходящую модель. Пациент стремится подражать модели, т. е. воспроизвести указанные стереотипы поведения, а психотерапевт оценивает результат и вносит необходимые коррективы. Постепенно, шаг за шагом, пациент приближается к эталону. По мере приобретения необходимые стереотипы репетиции переносятся в реальную жизнь с усложнением заданий. Пациент оказывается способным к адаптивному поведению в ситуациях, аналогичных исходной, проблемной. Используя технологию моделирующей психотерапии, врач должен исходить из того, что человек свободно имитирует модель только тогда, когда он свободен, имеет выбор. Поэтому в лучшем случае пациенту надо предлагать

ряд моделей. Поскольку же человеку проще всего воспринимать модели, имеющие с ним сходство, одним из наиболее эффективных способов динамического моделирования является использование видеозаписей поведения самого пациента. Они значительно облегчают и психотерапевтический анализ проведенной игры. Моделирующая психотерапия подходит не только для вырабатывания новых стереотипов, для расширения репертуара поведенческих навыков, но также для растормаживания стереотипов, угнетенных страхом. Используется наблюдение за моделью в проблемной ситуации, которое убеждает пациента на уровне механизмов имитации, что реальной угрозы не существует. Его страх уменьшается, и адекватное поведение становится возможным. В ряде случаев дефицит адекватных социальных навыков обусловлен недостаточной развитостью базисной способности к имитации. Прежде чем ставить задачу приобретения новых или укрепления слабых стереотипов, необходимо развить саму способность к имитации. Поскольку решение этой задачи весьма трудоемко и долгосрочно, ВОП следует передать такого пациента для дальнейшего ведения врачу-психотерапевту. Вообще же, моделирующая психотерапия является одной из наиболее эффективных краткосрочных методик обучения адаптивному поведению. Она проста в реализации и может с успехом использоваться ВОП.

Методики ABC-самоконтроля

Аббревиатура ABC образована первыми буквами терминов, использующихся в поведенческой и в когнитивно-поведенческой терапии. В поведенческой терапии ABC означает: A — antecedents (предшествующие события); B — behavior (поведение); C — consequences (последствия поведения). В когнитивно-поведенческой терапии значение этой формулы иное: A — activating experience (активирующее событие, активирующий опыт); B — belief system (система убеждений); C — emotional consequence (эмоциональные последствия).

Методики ABC-самоконтроля — это группа сравнительно простых приемов, обучаясь которым пациенты могут значительно оптимизировать свое состояние. Чтобы их описание было понятно, надо иметь в виду основные теоретические положения как поведенческой, так и когнитивно-поведенческой психотерапии. Согласно теории поведенческой психотерапии, события, предшест-

вующие какому-либо поведению, и события, следующие за ним, являются поддерживающими условиями. Поэтому, чтобы угасить болезненный стереотип или сформировать позитивный, надо воздействовать, с одной стороны, на запускающие стимулы; с другой — на последствия. Следовательно, мишенями психотерапевтического воздействия могут быть все три слагаемых формулы ABC. Согласно теории когнитивно-поведенческой психотерапии, эмоциональные и поведенческие последствия какого-либо события в значительной мере предопределены когнициями индивида, так что и работать психотерапевту следует главным образом с когнициями. Методики самоконтроля строятся на том, что в принципе человек сам может осуществлять влияние на все звенья системы ABC. Он должен этому просто научиться.

Самомониторинг

Суть этой техники сводится к наблюдению заранее выделенных стереотипов собственного поведения, от которых человек хотел бы избавиться или которые следовало бы заменить на более адекватные. Сам по себе этот навык приносит непосредственный лечебный эффект лишь в тех случаях, когда болезненный/болезнетворный стереотип является поверхностным образованием, никак не укорененным в истории или в личности пациента. Во всех остальных случаях самомониторинг — облигатный компонент лечения с помощью других техник самоконтроля.

Контроль стимула

Имеется в виду контроль обстоятельств, условий обнаружения поведения-мишени. Они могут быть представлены в виде трех следующих групп: обстоятельства, запускающие поведение в силу их однозначного соответствия ему; обстоятельства, способствующие усилению поведения; обстоятельства, усиливающие эмоциональный эффект данного поведения. Поскольку связь между стимулом и реакцией на него (стереотипом) зачастую является довольно жесткой, одним из реальных путей к торможению нежелательного стереотипа может быть физическое избегание стимула. Врач обнаруживает для пациента связь, указывает возможности избегания стимула, а пациент обучается контролировать ситуацию и следовать избранной стратегии избегания. Так, например, при злоупотреблении алко-

голем риск глубокого опьянения значительно выше, если человек пользуется крепкими спиртными напитками. Такому пациенту, алкоголизирующемуся в домашних условиях, можно рекомендовать не держать их у себя дома. Можно рекомендовать также поручить контроль за соблюдением данного условия кому-либо из членов семьи. Контроль стимула открывает еще одну возможность: научившись различать стимул, человек может связать с ним какой-нибудь новый навык, препятствующий реализации болезненного стереотипа. Так, например, при склонности к перееданию в условиях стресса можно рекомендовать пациенту выработать привычку при тех же условиях, во-первых, заниматься релаксацией, используя специальные фонограммы, во-вторых, всегда иметь под рукой бескалорийные/низкокалорийные суррогатные продукты (конфеты на основе сахарозаменителей, напитки с сахарозаменителями). К категории предшествующих условий относятся не только условия внешней реальности, но также внутренние установки, когниции. В таком случае предполагается сначала их идентификация, а после — переформирование по правилам когнитивно-поведенческой психотерапии.

Самоподкрепление

Назначению этой техники целесообразно предпослать рассказ об опытах И. П. Павлова и B. Skinner по выработке условных рефлексов у животных, сопровождая его утверждениями о том, что у человека условные рефлексы вырабатываются намного легче. Суть техники сводится к тому, чтобы пациент сам определил себе что-то в качестве поощрения, подкрепления и использовал их только по назначению. В качестве подкрепления могут выступать самые разные факторы: от простой самопохвалы до средств и действий, доставляющих удовольствие. Наиболее существенными условиями эффективности этой техники являются следующие: реалистичность цели (нельзя ставить цель, которой не достичь и потому не получить подкрепления); адекватность использования подкрепления (оно допустимо только после полноценной реализации адаптивного поведения); своевременность подкрепления (нельзя откладывать поощрение себя «на потом»); актуальность подкрепления (в качестве его может выступать лишь то, что действительно желаемо и приятно). Аверсивное подкрепление в практике ВОП представляется неуместным.

Остановка мыслей

Эта техника была описана J. Bein в 1928 году. Она предназначена для прекращения негативных мыслей, а также для остановки нежелательных визуальных представлений, воспоминаний. Техника реализуется в два этапа: на первом этапе задача заключается в устранении негативной мысли, на втором — в заполнении образовавшегося ментального пробела адаптивной мыслью, несовместимой с имевшейся ранее. Работа начинается с составления списка мыслей и образов, подлежащих остановке. Затем врач предлагает больному сосредоточиться на одной из мыслей-мишеней, заранее условившись с ним, что, когда мысль будет представлена в сознании наиболее четко, он невербально (движением руки, пальца) даст знать об этом врачу. В момент появления условного знака врач громко произносит: «Стоп!» Обычно пациент сообщает, что мысль исчезла. В таком виде процедуру повторяют несколько раз, после чего пациенту предлагается произносить «Стоп!» самостоятельно: сначала громко вслух, а потом энергично про себя. Когда результат достигнут, т. е. негативная мысль больше не появляется, переходят к следующему этапу. На втором этапе врач побуждает пациента сформулировать и проговаривать мысль, альтернативную имевшейся ранее. Если актуализация негативных мыслей была связана с некой проблемной ситуацией, альтернативная мысль должна быть сформулирована сначала в спокойном состоянии, а после — в воображаемой ситуации, приближенной к проблемной.

Рациональная психотерапия

У рациональной психотерапии много общего с описанными выше когнитивной и рационально-эмоциональной психотерапией. Впервые наиболее подробно и системно рациональная психотерапия изложена швейцарским невропатологом P. Dubois в книге «Психоневрозы и их психическое лечение» (1912). Возникнув как альтернатива терапии внушением, этот метод опирался прежде всего на разум, мышление пациента (лат. *ratio* — разум, рассудок).

Особенностью первого этапа развития рациональной психотерапии было подробное описание нарушений мышления при различных психических заболеваниях, использование достижений как

формальной, так и диалектической логики с целью коррекции неправильных суждений больных с невротическими расстройствами.

Основными формами и, в известном смысле, этапами рациональной психотерапии являются (Минутко В. Л., 2006):

1. Объяснение и разъяснение. Они включают истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учетом возможных психосоматических связей, до этого, как правило, игнорируемых больным и не включаемых во «внутреннюю картину болезни». В результате реализации этого этапа достигается ясность относительно природы болезни, снимающая дополнительные источники тревоги и открывающая возможности более активного контроля над болезнью самим пациентом.
2. Убеждение. Коррекция не только познавательного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующих переходу к изменению отношения личности больного, послуживших источником невротического срыва.
3. Переориентация. Достижение более стабильных перемен в системе отношений больного, прежде всего в его отношении к болезни, связанных с изменениями в системе его ценностей, выводящих за пределы болезни.
4. Психогогика. Переориентация более широкого плана, создающая положительные перспективы для пациента вне болезни. Успех рациональной психотерапии зависит от учета индивидуальных установок больного, его возможностей, последовательной работы с ним.

Являясь по своей природе интегративным методом, рациональная психотерапия в качестве метода клинической психотерапии ориентирована на основные категории болезни: нозологию, синдромы и симптомы, общую терапию и прогноз, профилактику, в особенности вторичную и третичную, и др.

Метод рациональной психотерапии, если и не в клиническом его выражении, то в отдельных плоскостях, широко используется врачами разных специальностей, в том числе ВОП, выполняя важную функцию психотерапевтического опосредования и потенцирования самых различных лечебных воздействий.

Гипносуггестивная психотерапия

Определение основных понятий

Суггестия (лат. *suggestio* — внушение) — подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Путем внушения вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого. Основным средством суггестии является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Внушение может быть прямым, директивным (лат. *directus* — прямой), и косвенным, недирективным (лат. *indirectus* — непрямой, косвенный), когда необходимая информация подается пациенту в контексте лечебной коммуникации незаметным для него образом.

В медицинской практике чаще всего используются приемы суггестии в бодрствующем состоянии и в состоянии гипноза. Суггестия в состоянии бодрствования в какой-то степени присутствует в каждой беседе врача с больным, но может проводиться и в виде особой психотерапевтической процедуры. В таком случае пациенту должны быть даны разъяснения о природе внушения и ожидаемого результата.

Степень внушаемости определяется в основном особенностями личности пациента, но она зависит и от характера установившегося контакта с врачом: чем более психологически конгруэнтны их отношения, тем выше доверие к врачу, тем действеннее внушение. Суггестия, осуществляемая в состоянии гипноза, как правило, более эффективна, хотя это отнюдь не всегда так. В работе ВОП специальные сеансы гипносуггестивной психотерапии целесообразны только в тех случаях, когда внушаемость стоит усиливать за счет гипноза.

Гипнабельность. Этим термином обозначается индивидуальная способность человека, подвергаясь гипнотическому воздействию, достигать гипнотического состояния той или иной глубины. Гипнабельность является частной формой внушаемости. Определение гипнабельности с помощью специальных приемов (ниже некото-

рые из них описаны отдельно предшествует гипносуггестивной психотерапии).

Гипноз (греч. *hypnos* — сон) — состояние суженного сознания, которое наступает у человека в результате его взаимодействия с гипнотизером. В последние годы для обозначения гипнотического состояния ряд авторов использует словосочетание «гипнотический транс». В новое время история гипноза, зафиксированная в документах, начинается с венского врача F. Mesmer, выдвинувшего в 1779 г. свою теорию животного магнетизма. А термин «гипноз» впервые был применен в 1843 г. шотландским врачом J. Braid, который, отвергая господствовавшую тогда теорию F. Mesmer, предложил объяснять соответствующее явление суггестией.

Гипносуггестивная психотерапия. Ввиду того что явления суггестии и гипноза тесно переплетаются, психотерапию, основанную на использовании гипноза, называют «гипносуггестивной» (К. И. Платонов, П. И. Буль). Однако в практическом обиходе чаще используют одно слово — «гипнотерапия».

Раппорт (от франц. *rapport* — связь, сообщение) — словесный контакт гипнотизирующего с гипнотизируемым, находящимся в гипнотическом состоянии. Раппорт с гипнотизируемым может быть изолированным (реагирование только на слова гипнотизера) или обобщенным (генерализованным), когда любой из присутствующих при гипнозе может установить с гипнотизируемым речевой контакт. При изолированном раппорте у гипнотизируемого имеется тонко дифференцированная условная реакция не только на слова, но и на тембр голоса, интонацию гипнотизирующего. Словесным внушением состояние изолированного раппорта может быть распространено на другое лицо (явление передачи раппорта).

Сомнамбулизм (от лат. *somnus* — сон, *ambulo* — ходить) — снохождение (лунатизм), совершение последовательных действий в состоянии глубокого сна или гипноза. В гипнотерапии сомнамбулической называют наиболее глубокую степень гипнотического состояния. Сомнамбулическая стадия гипноза характеризуется, как правило, амнезией и выполнением не только гипнотических, но и постгипнотических внушений (см. ниже «постгипнотическая суггестия»). Она вызывается примерно у 10% всех гипнотизируемых. С помощью гипнотических внушений в этой стадии можно добиться от гипно-

тизируемого выполнения различных действий в соответствии с внушенной ситуацией, способности отвечать на вопросы, потери чувствительности к болевым раздражителям, выключения функции любого анализатора (внушить глухоту, слепоту, утрату обоняния, вкуса).

Как редкое осложнение гипнотерапии встречается спонтанный сомнамбулизм. Он развивается преимущественно у истерических лиц и проявляется потерей раппорта гипнотизирующего с гипнотизируемым, у которого наблюдается сомнамбулическое состояние с галлюцинациями и сложными формами поведения.

Постгипнотическая суггестия — внушение, вынуждающее гипнотизируемого выполнить то или иное действие спустя заданное время после гипнотизации. Многие известные гипнотерапевты: H. Bernheim, A. Forel, P. Janet и др. — считали, что такую суггестию можно реализовать на протяжении длительного времени — до 1 года. Наиболее легко выполнимыми видами постгипнотической суггестии являются постгипнотический сон и постгипнотическая амнезия. Можно осуществлять различные по содержанию постгипнотические суггестии, но следует избегать внушений слишком сложного или нереального характера. Постгипнотическая суггестия обычно содержится в гипнотерапии, в частности при внушении более быстрого и глубокого погружения в транс на последующих сеансах, а также при лечебных внушениях об улучшении состояния после сеанса.

Исторические и теоретические предпосылки гипноза и гипнотерапии

История развития научных представлений о природе гипноза и методах его применения в медицине достаточно полно представлена в работах К. И. Платонова (1962), П. И. Буля (1974), В. Е. Рожнова (1985), L. Chertok (1992) и многих других авторов. Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование гипноза имеет многовековую историю. Книга J. Braid, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. С конца 70-х гг. XIX в. французский невропатолог J. Charcot начал изучать гипноз на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа J. Charcot занималась клиническим применением гипноза, а также изучением его стадий. В этом с ней соперничала Нансийская школа, главой которой был H. Bernheim, считавший, в отличие от J. Charcot, что стадии гипноза

обусловлены внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого гипноза. Существенный вклад в науку о гипнозе внесли и многие другие зарубежные ученые: R. Krafft-Ebing, A. Forel и др. В нашей стране теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучали А. А. Токарский (1859–1901), В. М. Бехтерев (1857–1927), И. П. Павлов (1849–1936), их многочисленные ученики и последователи.

Теоретическая разработка механизмов гипноза связана прежде всего с именами И. П. Павлова и S. Freud. И. П. Павлов и его ученики считали, что физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. По И. П. Павлову, гипноз — это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым. Необходимо, однако, отметить, что представление о гипнозе как частичном сне при нейрофизиологических (в том числе ЭЭГ) исследованиях не подтвердилось.

В психоаналитических теориях гипноза внимание первоначально акцентировалось на удовлетворении инстинктивных желаний человека. С этой точки зрения гипнотическое состояние представляется особым видом переноса. К настоящему времени разрыв, разделявший физиологов, психоаналитиков и психологов-экспериментаторов в понимании природы гипноза, начинает уменьшаться, наблюдаются попытки формирования интегративных психофизиологических взглядов на его сущность (Рожнов В. Е., 1985; Тукаев Р. Д., 1999; Chertok L., 1992, и др.).

Показания и противопоказания к гипнотерапии

Широкое распространение этого метода отражает его лечебную эффективность при различных заболеваниях. Опытные специалисты применяют гипнотерапию при заболеваниях нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах и при кожных заболеваниях. Лимитирует исполь-

зование гипнотерапии низкая степень гипнабельности пациента. Абсолютными противопоказаниями к применению гипносуггестии являются бредовые формы психозов и гипноманические установки истерических личностей. Перед началом гипнотерапии необходимо провести беседу для выяснения отношения больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны. Здесь же надо разъяснить значение используемых терминов (гипноз, транс).

После введения пациента в состояние гипноза тем или иным способом произносятся формулы собственно лечебных внушений. Фразы должны быть короткими, понятными, наполненными смыслом и исключающими ятрогенное воздействие. Продолжительность одного сеанса гипнотерапии обычно не превышает 30 мин. Количество сеансов колеблется от 1 до 15, что определяется характером болезненного состояния и терапевтической эффективностью гипнотерапии. Частота сеансов — от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Иногда возникает необходимость повторного курса гипнотерапии спустя несколько недель или месяцев. Гипнотерапия может проводиться индивидуально или с группой пациентов.

Отрицательные последствия гипнотерапии

Согласно широко распространенному мнению, гипнотерапия — метод практически безвредный. И действительно, в исполнении опытного специалиста отрицательные последствия встречаются крайне редко. Однако некоторые из них связаны не столько с мастерством врача, сколько с особенностями психофизиологического склада пациента, так что о них надо знать.

Постгипнотическое возбуждение. После выхода из гипнотического состояния возможны повышение эмоционального фона и чрезмерная речевая активность. Это особенно характерно для лиц с различными функциональными и органическими нарушениями (речи, слуха), осложненными вторичными невротическими и неврозоподобными расстройствами.

Синдром отмены. Он заключается в том, что после прекращения гипнотерапии у больного появляются различные психоэмоциональные и соматические нарушения. В формировании и тяжести таких нарушений большую роль играют личностные особенности больных.

Гипномания. У лиц, подверженных этому, на фоне улучшения общего состояния в ходе гипнотерапии, во-первых, возрастает чувствительность к гетерогенным внушениям; во-вторых, гипнотизация становится все более «желаемой». Прекращение сеансов вызывает ухудшение психического состояния пациента и характеризуется психологическим дискомфортом. После завершения курса, несмотря на отсутствие соответствующих постгипнотических внушений, у пациента часто повторяются ощущения, имевшие место во время сеансов. В зависимости от тяжести протекания и формы проявления выделяют три степени гипномании.

Первая степень. Она характеризуется сонливостью, дремотой в течение суток после сеанса. Это состояние усиливается при появлении гипнотизирующего, во время беседы с ним, но на данной стадии гипномании это наблюдается только по отношению к одному врачу. Критика сохранена, амнезия отсутствует.

Вторая степень. Во время сеанса больной находится в глубоком гипнотическом состоянии и для дегипнотизации необходимо индивидуальное внушение. После пробуждения заторможен, сонлив, порог слухозрительных, кожно-вибрационных и других раздражителей повышен. После сеанса такие пациенты спят крепким сном от нескольких часов до одних суток. У них отсутствует критическое отношение к себе, своему поведению, они хотят снова испытать «гипнотическое» состояние. Напоминание или предупреждение об окончании курса лечения может вызвать отрицательную реакцию (слезы, ухудшение общего самочувствия).

Третья степень — явление крайне редкое, но знать о его возможности надо. После сеанса больные без внушения вновь погружаются в гипнотическое состояние на многие часы, а то и на несколько суток. При этом как во время затяжного гипнотического состояния, так и после выхода из него наблюдаются различные вегетативные расстройства. У больных со второй и третьей степенью гипномании может наблюдаться фракционный сон, когда они сами просыпаются, просят есть, пить, ходят в туалет, а через некоторое время снова погружаются в сон без гипнотизации. Главное в подобных ситуациях — своевременно предотвратить возможные осложнения. Такие

больные должны находиться под наблюдением специалистов до тех пор, пока полностью не выйдут из гипнотического состояния.

Гипнозофилия. Зачастую после успешного лечения у авторитетного врача больные годами стремятся поддерживать с ним связь, направляют к нему своих знакомых, родных. В ряде случаев они безосновательно и с ущербом для собственного здоровья отказываются от других видов терапии, так как настроены исключительно на гипноз.

Сексуализация отношения к врачу. Одно из частых отрицательных последствий гипнотерапии заключается в возникновении влечения к врачу как к лицу противоположного пола. Оно может проявляться в различных формах. Одни больные не таят своих чувств и ищут возможные способы сближения, другие, наоборот, скрывают свои чувства, в результате чего у них ухудшается состояние, нарушается сон. Это может быть следствием переносных реакций, а также неосознанным стремлением привлечь внимание врача. Некоторые больные с истерическим типом характера, добивающиеся к себе особого внимания со стороны врача, не достигнув цели, создают вокруг него нежелательную атмосферу компрометирующих его разговоров, сплетен (например, о сексуальных отношениях с ним).

Общее представление о гипнотизации

Планируя лечение методом гипнотерапии, целесообразно заранее определить меру общей внушаемости пациента. Для этого используют приемы, множество которых описано в различных руководствах по гипнотерапии. К таким приемам относятся, например, прием с падением назад или вперед (когда врач внушает появление силы, нарушающей равновесие); прием сцепленных пальцев рук (когда врач внушает невозможность разомкнуть сцепленные и поднятые над головой руки); определение внушенных запахов (когда врач предлагает определить по запаху различие между несколькими одинаковыми объектами, которые якобы имеют следы различных ароматических средств). Существуют также различные методы, позволяющие измерить подверженность гипнозу: стэнфордские шкалы и гарвардская классификационная шкала восприимчивости к гипнозу. Гипнотизация проводится в комфортных для пациента условиях, так чтобы он мог спокойно расслабиться. Должны быть заранее устранены все отвлекающие факторы, в том числе физиологические.

Способы гипнотизации

Большинство способов гипнотизации построено на вызывании сонливости путем сочетания утомляющего воздействия на тот или иной анализатор и соответствующего внушения:

- При использовании метода фиксации взора гипнотизируемому предлагают фиксировать свой взор на какой-либо одной точке, например на блестящем металлическом шарике. Возникшее естественное утомление глаз и желание закрыть их способствуют наступлению сна.
- Метод фасцинации (предложен в 1813 г. португальским аббатом Фариа) является разновидностью предыдущего. Пациента просят смотреть в глаза гипнотизирующему не мигая, гипнотизер при этом смотрит на переносицу пациента. При другом способе используется усыпляющее действие монотонных звуков: метронома, морского прибоя, падающих капель воды.
- Метод пассов — гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по направлению от головы к ногам.
- Метод сближения рук — пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локтевых суставах под углом в 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, говоря ему: «Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики их сойдутся, вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном».

Существуют другие способы гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов. Внушение, сопровождающее воздействие на анализаторы, осуществляют в формулировках ощущений, которые испытывает засыпающий человек (Рожнов В. Е., 1985): «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы

шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру 10 — вы заснете». Примерно такие фразы врач повторяет по нескольку раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спать!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время уверенно, короткими, понятными фразами. Состояние гипноза может достигаться и одним словесным воздействием (вербальный метод).

Длительность сеанса гипноза определяется лечебными задачами. Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом, например, следующим образом: «Через полминуты я выведу вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру 3 вы проснетесь. Раз — освобождаются от сковывающего действия руки, два — освобождаются ноги и все тело, три — вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие хорошее. Вы хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Различные авторы предлагают разное деление гипноза на стадии; одни выделяют три стадии, другие — 4, 6, 9 или 12. В практической работе можно ориентироваться на предложенные A. Forel в 1928 г. 3 стадии гипноза: сонливость, гипотаксию и сомнамбулизм:

- Первая стадия (сонливость) характеризуется легкой мышечной слабостью и дремотой. На ней гипнотизируемый еще может при некотором усилии противостоять внушению, открыть глаза.
- Вторая стадия (гипотаксия) отличается глубокой мышечной слабостью, и пациент уже не может произвольно открыть глаза. На этой стадии у гипнотизируемого можно вызвать внушенную каталепсию (восковидную гибкость мышц), которая иногда возникает и спонтанно.
- Третья стадия (сомнамбулизм) характеризуется амнезией и открывает возможность к осуществлению не только гипнотических, но и постгипнотических внушений. Сомнамбулизм может возникать, минуя первые две стадии.

Осложнения, встречающиеся при гипнотизации, — потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и другие. Все эти явления при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к сколько-либо серьезным последствиям.

Эриксоновский гипноз

В 80-е гг. XX в. в мировой психотерапевтической практике широкое признание получил новый подход, создателем которого явился американский психотерапевт M. H. Erickson (1901–1980). Такие крупные исследователи и практики в гипнологии и психотерапии, как A. Weitzenhoffer, J. Haley, E. L. Rossi, J. K. Zeig и др., считают его отцом современного клинического гипноза. Эриксоновскому подходу присуще расширенное понимание гипнотического состояния, рассматриваемого как разновидность измененного, или трансового, состояния сознания, когда Я пациента начинает проявляться автоматически, т. е. без участия сознания. Для достижения этого психотерапевт действует в соответствии с принципом утилизации, согласно которому в основу терапевтического транса ложатся стереотипы самопроявления пациента. Техника эриксоновского гипноза требует не стандартизованных воздействий, а приспособления врача к поведению пациента и затем руководства им. Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда врач подстраивается к пациенту, позволяя тем самым обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Микродинамика наведения гипнотического транса и внушения по M. H. Erickson состоит из следующих стадий:

- фиксация внимания;
- депотенциализация установок сознания;
- бессознательный поиск;
- гипнотический отклик.

В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать сосредоточение пациента с помощью:

- рассказов, которые его интересуют, мотивируют, увлекают;
- стандартной фиксации взгляда;
- пантомимы и невербального общения в целом;
- воображения или визуализации;
- левитации руки;
- релаксации и других способов.

Депотенциализация установок сознания осуществляется, когда удается зафиксировать внимание и его фокус автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимыми для депотенциализации. Чтобы обойти и депотенциализировать сознательные процессы, используются:

- удивление;
- отвлечение внимания;
- диссоциация;
- когнитивная перегрузка;
- замешательство и другие способы.

В качестве примера реализации данного подхода можно взять метод замешательства, вызываемого посредством прерывания какого-либо стереотипа. Одной из такого рода техник, разработанных M. H. Erickson, является наведение гипнотического транса рукопожатием. Суть ее в неожиданности, которая разрывает обычный ход событий. Таково описание M. H. Erickson одного из своих «пантомимических наведений», когда надо было обойти языковый барьер. К подготовленной для демонстрации пациентке M. H. Erickson подошел и с улыбкой протянул ей правую руку, она протянула свою. Он медленно пожал руку, глядя ей прямо в глаза, как и она — ему, и медленно перестал улыбаться. Отпуская ее руку, он сделал это определенным необычным образом, выпуская ее из своей руки понемногу и слегка нажимая то большим пальцем, то мизинцем, то безымянным, все это — неуверенно, неровно, как будто колеблясь и так мягко убирая свою руку, чтобы она не почувствовала, когда именно он ее уберет и до какой части ее руки дотронется в последний раз.

Одновременно он медленно изменил фокусировку своего взгляда, дав ей минимальный, но ощутимый сигнал, что смотрит не на нее, а сквозь ее глаза куда-то вдаль. Ее зрачки медленно расширились, и тогда M. H. Erickson мягко отпустил ее руку совсем, оставив ее висеть в положении каталепсии.

В рамках недирективного подхода к наведению гипнотического транса используются такие приемы косвенного внушения, как импликация (подразумевание), связка и двойная связка, диссоциация, ратификация, составные внушения и многие другие. Психологическая импликация — это ключ, который автоматически устанавливает переключатели ассоциативных процессов пациента в предсказуемые паттерны без осознания того, как это происходит. Примеры импликаций: «Если вы сядете в это кресло, можете затем войти в транс»; «Разумеется, ваша рука не онемеет, пока я не сосчитаю до пяти». Прием связки предлагает выбор из двух или более сравниваемых альтернатив, т. е. какой бы выбор ни был сделан, это направит пациента в нужную сторону. Пример связки: «Какой транс вы хотели бы испытать — легкий, средний или глубокий?». Двойные связки, наоборот, предлагают возможности поведения, которые находятся вне обычного для пациента сознательного выбора и контроля. Пример двойной связки: «Какая рука, правая или левая, сначала непроизвольно шевельнется, двинется в сторону, поднимется вверх или надавит вниз?». Диссоциация между сознательным и бессознательным как наиболее существенный механизм развития гипнотического транса возникает как автоматически, так и с помощью определенных стимулов и заданий. Диссоциация может возникнуть при возложении одной из задач на сознательный уровень функционирования пациента, а другой — на бессознательный. Использование разного тона голоса или различных уровней смысла нередко приводит к такому же результату. Примеры диссоциаций: «Ваше сознание может слушать мой голос, а ваше подсознание может чувствовать комфорт...», «Ваше сознание может сомневаться и вести внутренние диалоги, а ваше бессознательное может проявляться осмысленным, неоспоримым образом и погружать вас в транс». Что касается терапевтической стороны использования транса, то, согласно M. H. Erickson, все позитивные изменения в структуре личности пациента, в его представлениях, эмоциях или поведении должны быть следствием обучения, осуществляющегося во время

гипноза, а не прямым результатом конкретного гипнотического внушения. При этом гипноз не столько создает для пациента новые возможности, сколько обеспечивает доступ к имеющемуся у него опыту, способностям, знанию, потенциалу, помогая более эффективному их использованию. Гипноз позволяет проводить психотерапию на бессознательном уровне. Сам M. H. Erickson называл свой терапевтический стиль натуралистическим или утилизационным подходом. Основной принцип данного подхода состоит в том, что необходимо использовать любые убеждения, ценности, установки, эмоции или формы поведения, проявляемые пациентом, чтобы вызвать у него переживания, способствующие психотерапевтическим изменениям.

Одной из важных гипнотерапевтических техник, разработанных M. H. Erickson, является проекция в воображаемое успешное будущее с последующим анализом реакций и переживаний пациента, приведших к такому результату. Затем следует постгипнотическое внушение бессознательному, с помощью которого пациент осуществляет все те конкретные вещи, которые, как бессознательное уже показало, приведут к успеху. В рамках эриксоновского подхода активно используется также возможность гипнотического погружения в прошлые события. Такое воображаемое перемещение позволяет пациенту повторно пережить в регрессии прошлое патогенное событие и отреагировать на него более конструктивно, чем это имело место в действительности. При этом защита пациента от боли воспоминания осуществляется с помощью либо диссоциативной отстраненности, либо амнезии. Диссоциация, отстраненность или отделение субъективного от объективного — одна из гипнотических стратегий, часто использовавшихся M. H. Erickson. Она позволяет проводить психотерапевтические воздействия без участия сопротивления и мешающих субъективных реакций. Специфичным для недирективной гипнотерапиии является метод «рассеяния», или встроенных внушений. Встроенные внушения (например, фраза «преодолей это»), недоступные сознательному восприятию с позиции отнесения к себе и запечатлеваемые в подсознании пациента, могут быть использованы не только в рамках формального гипноза, но и применены в ходе любого психотерапевтического общения. Легкое изменение громкости во время произнесения встроенного внушения, установление небольших пауз перед внушением и после него, упоминание имени пациента — все это уси-

ливает эффективность рассеянных внушений. Важно отметить, что, по мнению M. H. Erickson, гипнотическое и лечебное воздействие осуществлять гораздо легче, если самому погружаться в внешне ориентированный транс, когда все внимание поглощено пациентом.

В работе ВОП целесообразно ориентироваться на такие техники, которые применимы в большинстве случаев, т. е. сравнительно универсальны. Это относится и к гипнотерапии. Использование директивного гипноза ограничено тем, что высокая степень гипнабельности встречается не так уж часто, а использование приемов, разработанных M. H. Erickson, — необходимостью соответствующих навыков у специалиста.

Методика, предлагаемая ниже (по С. П. Семенову), сочетает возможности директивного и косвенного внушения на всем протяжении сеанса. Перед сеансом пациенту разъясняется, что суть его — внушение в состоянии глубокой релаксации и транса, которые способствуют более эффективному восприятию лечебных формул. При этом целесообразно здесь же, по ходу разъяснения, осуществить превентивную косвенную суггестию, например, следующим образом: «Когда Вы достигнете состояния глубокой расслабленности, а затем транса, я произнесу лечебные формулы. Они войдут в тем глубже, чем глубже будет расслабленность, транс. Влияя из глубины памяти, эти формулы направят организм к оздоровлению... От сеанса к сеансу лечебный эффект усиливается... поэтому после каждого из них Вы сможете обнаруживать новые успехи...». Сама гипнотизация проводится в виде внушения постепенной релаксации с увеличивающейся отрешенностью от всего, кроме суггестора. Для формирования устойчивого раппорта, осуществляя гипнотическую индукцию, следует чередовать вопросительные и утвердительные предложения. При этом первые являются формой непрямого внушения, а вторые — прямого. Характер психологического контакта с гипнотизируемым должен быть таким, чтобы оставалась возможность, не нарушая процесса релаксации, взять пациента за руку и оценить стадию (на первой стадии рука лежит «как плеть»; на второй наблюдается «восковидная гибкость»). Лечебное внушение осуществляется на глубине транса. Оно может быть как директивным, так и недирективным. Сокращенный сценарий гипнотизации представлен ниже.

Индукция

- Устраивайтесь поудобнее, устраивайтесь так, чтобы была возможность глубоко расслабиться.
- Все тело расположено без неудобств, без напряжений.
- Прочувствуйте оставшиеся неудобства, напряжения в теле и устраните их полностью.
- Руки лежат удобно, без напряжений?
- Как плети, должны быть брошены... безвольно.
- Приятная уравновешенность, покой... Одновременно в обеих руках?
- Приятная уравновешенность, покой.
- Теперь, одновременно с руками, ноги в поле внимания — такие же.
- Без неудобств, без напряжений ноги лежат?
- Как плети, безвольно должны быть брошены... безвольно... Приятная уравновешенность, покой одновременно в руках, в ногах.
- Всё так?
- Все тело приятно обмякло, расслаблено... Приятно расслабляющая тяжесть в руках, в ногах... Их вес воспринимается как тяжесть... Веки тоже приятно тяжелые... Глаза приятно закрыть... Закрыв глаза, предайтесь чувству расслабленности, чувству умиротворенности, чувству покоя.
- Позвольте себе все глубже и глубже погружаться в это удобное и отстраненное состояние.
- Приятна расслабляющая тяжесть, покой.
- Покоем все тело залито... покой в душе... вокруг – безбрежный океан покоя.
- Он начинает как бы размывать границы тела, контуры его... А тело как бы растворяется и тает... тает... тает в безбрежном океане покоя.
- Покой... Остался только покой и мой голос.
- Всё так?

Если динамика сеанса указывает на возможность углубления гипноидного состояния, можно переходить к следующей фазе гипнотизации. Если же индукция очевидно недостаточна, можно осуществить лечебное внушение, дополнив его внушением возможности более

глубокого транса в ходе следующих сеансов. После завершения сеанса надо внимательно исследовать причины, из-за которых глубокий транс оказался недостижим.

Погружение

- Теперь представьте себя стоящим на террасе, от которой 10 ступеней спускаются на цветущий луг... По ним можно сойти туда – глубоко в транс, оставив позади обычную реальность...
- Почувствуйте, как солнце согревает вас своими лучами, как теплый ветерок овевает вас, принося аромат цветов...
- Сейчас я буду медленно считать, а вы на каждый счет будете спускаться на одну ступеньку – все глубже и глубже в транс... все дальше и дальше от повседневной реальности.
- Вот первая ступень: раз...
- Хорошо...
- Вторая ступень: два...
- Три... Ближе цветущий луг... Глубже транс...
- Четыре... пять...Приятный аромат цветов...Тепло солнца...
- Шесть... семь... восемь... Глубокая отрешенность, глубокий транс...
- Девять... десять... Вы на цветущем лугу, в глубоком трансе...
- Покой, расслабленность, умиротворенность... Наслаждайтесь красотой луга...
- Все хорошо...

Лечебные суггестии. Лечебные внушения (здесь они не приводятся) вне зависимости от их конкретного содержания целесообразно ассоциировать с используемыми образами (в данном сценарии — с образами цветущего луга). Целесообразно также использовать формулы превентивной суггестии:

- Здесь, на цветущем лугу, мои слова надежно ложатся в память... Влияя из глубины, они направят ваш организм к оздоровлению...
- От сеанса к сеансу лечебный эффект усиливается... поэтому после каждого из них вы сможете обнаруживать новые успехи...

Дегипнотизация. Дегипнотизация не предполагает полной симметрии гипнотизации, поэтому может осуществляться разными спо-

собами. В данной методике она может иметь, например, следующий вид:

- Теперь нам следует вернуться из транса к обычной реальности, но так, чтобы весь положительный опыт остался при вас.
- Для этого сосредоточьтесь на восприятии своего тела.
- Прочувствуйте внимательно все его.
- Слегка пошевелите пальцами рук.
- Теперь — и ног тоже.
- Почувствуйте, как мышцы всего тела постепенно набирают хороший тонус бодрствования.
- С ним вместе приходит чувство свежести и отдыха.
- Ясность в голове.
- Ясность, свежесть, чувство отдыха.
- Глаза открыты.
- Приятные чувства свежести и отдыха.

Осуществляя дегипнотизацию, не следует торопиться.

Возрастные аспекты психотерапии

Психотерапия детей и подростков

В современной психотерапии используется термин «детская психотерапия» и «подростковая психотерапия». Более устоявшимся термином является «детская психотерапия», в качестве собирательного понятия включающая различные психотерапевтические подходы и методы. Эти подходы и методы применяют для лечения детей и подростков с психическими, пограничными, психосоматическими заболеваниями, а также специфическими для детского возраста нарушениями развития. Они направлены и воздействуют на формирующуюся личность и ее окружение. Под подростковой психотерапией понимают специальные требования, особенности и приемы проведения психотерапии с подростками, учитывающие специфические изменения личности в подростковом возрасте и определяющиеся его протеканием.

Детская психотерапия обычно начинается с установления доверительных отношений между психотерапевтом и ребенком, а в случае необходимости — с устранения острой симптоматики. Затем психотерапевт осуществляет психотерапевтически-ориентированную диагностику расстройств, постановку терапевтических целей, их достижение и контроль за эффективностью лечения (Schmidtchen St., 1978). Заключительным этапом детской психотерапии является закрепление полученного терапевтического эффекта и профилактика возможных рецидивов.

По мнению ряда авторов, детская психотерапия берет свое начало с 1909 г., когда S. Freud опубликовал свою работу «Анализ фобии у пятилетнего мальчика». Это первая работа, в которой описанные психологические трудности ребенка и его заболевание объясняются эмоциональными причинами. Однако попытка непосредственного перенесения психоанализа взрослых в детскую психотерапию была подвергнута критике, в частности в связи с тем, что ребенок, в отли-

чие от взрослых, не может полноценно описывать словами свое состояние и не способен понять связь своего настоящего состояния с биографическим опытом. Методы и подходы детской психотерапии совершенствовались параллельно аналогичным разработкам для взрослых, однако практически с самого начала зарождения детская психотерапия имела свою специфику.

Уже с 1919 г. M. Klein (1955) стала использовать игровые приемы как средство психотерапевтической работы с детьми. Она считала, что детская игра так же обусловлена скрытыми и бессознательными мотивациями, как и поведение взрослых.

В 30-е гг. XX в. D. Levy (1938) были предложены методы, направленные на отреагирование, — структурированная игровая психотерапия для детей, переживающих какое-либо психотравмирующее событие. Он полагал, что в игровой ситуации возможно отреагирование агрессивных тенденций в поведении. Одновременно развивалось еще одно направление игровой детской психотерапии — терапия построения отношений D. Taft (1933) и F. Allen (1934). Философской и методологической основой этого направления стали работы O. Rank (1936), который перенес акцент с исследования жизни ребенка и его бессознательного на развитие, поставив в центр внимания то, что происходит «здесь и теперь» в эмоциональных отношениях между ребенком и психотерапевтом. На принципах гуманистической психотерапии была разработана недирективная игровая психотерапия W. Axline (1947). Цель этой психотерапии состоит в самопознании и развитии самоуправления ребенка. В общении с психотерапевтом ребенок получает возможность играть так, как ему хочется, или вообще ничего не делать. Психотерапевт при этом не управляет и не направляет ребенка, а лишь способствует более полному раскрытию его в различных проявлениях на момент встречи.

С середины 50-х гг. XX в. начал функционировать Институт детского психоанализа A. Freud. Ее подход к психоанализу детей еще в большей мере, чем у M. Klein, и теоретически и методологически отличался от психоанализа взрослых, поскольку наряду с игровыми методами предполагалась и воспитательная работа — активное вмешательство психотерапевта во взаимоотношения ребенка с окружающей средой. Такое совмещение двух зачастую противоречивых ролей возможно лишь при высоком авторитете психоаналитика у ребенка.

Упомянутым выше, конечно, не исчерпывается все многообразие психотерапевтических подходов в детской психотерапии, существующих в настоящее время. В частности, в ней выделяются две принципиальные ориентации: работа непосредственно с ребенком и работа с его социальным окружением (в первую очередь с семьей и детским коллективом). Обе ориентации могут реализовываться на различных уровнях: мотивационно-эмоционально-аффективном, логико-познавательном, поведенческом, психофизиологическом. Предполагается, что разные психотерапевтические направления могут включать методы различной ориентации и уровня воздействия. Например, детский психоанализ при таком рассмотрении включает ориентацию и на ребенка (игровые методики), и на среду (работа с родителями в виде различных форм семейной психотерапии).

Отсутствие у детей вербальных и понятийных навыков не позволяет эффективно использовать по отношению к ним психотерапию, почти полностью основанную на проговаривании, как это имеет место в психотерапии взрослых. Большое значение здесь имеет применение игровых приемов. Игровая психотерапия и ее элементы в большей или меньшей степени используются психотерапевтами различных направлений. Дети не могут свободно описывать свои чувства, но они способны выражать свои переживания, трудности, потребности и мечты в детской игре. Изучение детской игры путем наблюдения, интерпретации, структурирования и др. позволило осознать уникальность способа общения ребенка с окружающим его миром и положить игру в основу метода лечения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей.

Для построения психотерапевтически ориентированного диагноза предлагается учитывать 6 вариантов этиопатогенетических факторов:

1) ситуативные проблемы;
2) проблемы в семейной системе;
3) когнитивные и поведенческие проблемы;
4) эмоциональные нарушения;
5) нарушения развития и личностные расстройства;
6) биологические отклонения.

Одного фактора недостаточно для полного понимания проблем ребенка, и лишь их сочетание в различных пропорциях ведет к построению удовлетворительной рабочей гипотезы.

В нашей стране проблемы детской психотерапии активно разрабатывались рядом авторов так называемой Санкт-Петербургской (Ленинградской) школы, в первую очередь А. И. Захаровым, В. И. Гарбузовым, Э. Г. Эйдемиллером, а также московскими психотерапевтами М. И. Буяновым, А. С. Спиваковской, Ю. С. Шевченко и др. Методологической основой детской психотерапии является комплексное использование различных психотерапевтических подходов в рамках основных форм психотерапии (индивидуальной, семейной, групповой) с учетом специфики и этапов онтогенетического развития. Использование психотерапевтических методов и их сочетание в конкретных индивидуальных (семейных) психотерапевтических программах определяется этапом нервно-психического развития ребенка. Выделяют 5 этапов:

1) период самоутверждения, становления личности, ее самооценки и системы отношений — 2,5–4 года;
2) период застенчивости — 4–7 лет;
3) период адаптации в массовой школе — 7–8 лет;
4) период адаптации личности в коллективе — 9–11 лет;
5) подростковый период — 11–20 лет.

Кроме того, различают 4 возрастных уровня преимущественного нервно-психического реагирования:

1) сомато-вегетативный — 0–3 года;
2) психомоторный — 4–7 лет;
3) аффективный — 5–10 лет;
4) эмоционально-идеаторный — 11–17 лет.

Отмечается, что незрелость личности ребенка, своеобразие психогенных факторов, ведущих к невротическому реагированию, такие особенности детской психики, как раздражительность, впечатлительность, склонность к фантазированию, аффективность, внушаемость и др., делают невозможным механический перенос методов психотерапии взрослых в детскую психотерапию. Ведущая тенденция в психотерапии детей — переход от симптомоцентрированных к личност-

ноцентированным методам по мере взросления пациентов. Чем младше ребенок, тем менее нозологически дифференцированы его нервно-психические расстройства и тем труднее их психотерапевтическая коррекция. Так, например, при синдроме невропатии (который является наименее специфичным) возможности психотерапии ограниченны и заключаются главным образом в психотерапевтической коррекции воспитательных подходов матери. Такая ориентация в психотерапии маленьких детей на работу с системой «мать и дитя» объясняется особой важностью и симбиотическим характером взаимоотношений ребенка с матерью в первые годы жизни (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977).

В периоде самоутверждения, становления личности, ее самооценки и системы отношений выбор психотерапевтического метода обусловлен основными психологическими проблемами ребенка и включает в себя, помимо лечебно-педагогической коррекции неправильного стиля семейного воспитания (чаще в форме различных вариантов семейной психотерапии), методы детской игровой психотерапии, обеспечивающие оптимизацию взаимоотношений со сверстниками (Эйдемиллер Э. Г., 1988).

Психотерапия в периоде застенчивости также строится с учетом проблем ребенка. Объем психотерапевтического воздействия расширяется и включает семейную и индивидуальную, ориентированную на разъяснение, психотерапию. На этом этапе большое значение приобретает групповая психотерапия. Ее задача — эмоциональное отреагирование конфликтной ситуации в группе и десенсибилизация угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения и преодоления в игре (Захаров А. И., 1979).

Психотерапия в периоде адаптации к массовой школе в большей степени ориентирована на преодоление коммуникативных трудностей. Наряду с индивидуальной и семейной психотерапией активно используются поведенческие методы (контактная десенсибилизация, эмотивное воображение, парадоксальная интенция, тренинг самоутверждения). Групповая психотерапия сочетается с семейной.

Таким образом, современная детская психотерапия строится на применении различных взаимодополняющих психотерапевтических методов с учетом этапов нервно-психического развития ребенка.

Психотерапия подростков имеет свою специфику. Это обусловлено специфическими процессами личностной динамики подросткового возраста, в которых большое значение начинают приобретать процессы взросления, выражающиеся в постепенном отделении от родительской семьи и поиске своего места во внешнем мире, моделью которого является подростковая группа. Вот почему в подростковом периоде акцент в психотерапии все больше смещается на методы личностно-ориентированной психотерапии, при которых ведущими формами становятся семейная и групповая терапия в их интеракционной и структурной моделях, а индивидуальная психотерапия затрагивает темы, отражающие интимные страдания пациентов. На этом этапе поведенческие, особенно гипносуггестивные, методы психотерапии становятся все менее значимыми (Гончарская Т. В., 1979).

Цель психотерапии — создание подросткам условий для тренировки механизмов совладания, повзросления, разрешения внутри- и межличностных конфликтов. Психотерапия у подростков представляет значительную трудность в связи со сложностью контакта между пациентом и психотерапевтом, который часто воспринимается подростками как представитель «взрослого мира», стремящегося «поучать» и отстаивающего интересы взрослых членов семьи.

Считается общепринятым фактом, что подростки зависят от своих семей. Среди этиопатогенетических факторов пограничных психических и психосоматических расстройств у подростков дисфункция семейной системы занимает одно из первых мест. Такие связанные с семьей факторы, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, дефекты воспитания, нарушение коммуникативного стиля, хронический супружеский конфликт, увеличивают риск возникновения пограничных психических и психосоматических расстройств у подростков. Поэтому без вовлечения семьи в лечение и реабилитацию даже после удачно проведенного лечения подросток опять возвращается в прежнюю «патологическую» семейную систему.

Среди наиболее частых подходов применяется структурная семейная психотерапия, функциональная семейная психотерапия, стратегическая семейная психотерапия. В России чаще используется си-

стемная семейная психотерапия в модификации отечественных авторов Э. Г. Эйдемиллера, С. А. Кулакова и др.

В начале семейной психотерапии и при сборе семейного анамнеза обращается внимание на изучение семейной проблемы, как ее себе представляют члены семьи, рассматривая сложности подростка как семейную проблему.

По мере того как члены семьи будут отвечать на вопросы, разъяснение получат и другие моменты, в частности, кому адресуется защита (опека, помощь) со стороны «носителя симптома», кто получает от симптома межличностную «выгоду» и каковы ее мотивы. Перед врачом раскроется система взаимодействий (циркулярная последовательность коммуникаций), принятая в семье, коммуникативная метафора симптома или поведения.

На рубеже веков границы между различными подходами семейной психотерапии стираются. Например, в структурной психотерапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. Каждое направление семейной психотерапии выработало определенные позитивные стратегии в работе с подростками с аддиктивным поведением. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем. Независимо от применяемых подходов семья должна активно участвовать в лечении. Первым принципом лечения семьи служит разрушение родительского мифа о подростковых сложностях как этапе возрастного развития или влиянии микросоциального окружения и достижение по меньшей мере уровня контроля над подростком.

Можно выделить следующие общие цели, которых должна достичь семейная системная психотерапия:

1. Определить расстройства как семейную проблему.
2. Выявить, какие факторы в семье поддерживают дезадаптивное поведение подростка.
3. Уменьшить резистентность семьи к лечению.

4. Восстановить влияние родителей на подростка, структуру семьи, семейную иерархию.
5. Прервать дисфункциональные картины поведения членов семьи.
6. Улучшить внутрисемейную коммуникацию и другие копинг-механизмы.
7. Подобрать индивидуальные стратегии вмешательства для реконструкции семейных отношений.
8. Разрешить личностные проблемы родителей, поддерживающие симптом.

Групповая психотерапия решает следующие задачи:

- повышение самооценки;
- тренировка механизмов совладания (копинг-механизмов);
- увеличение чувства ответственности за свое поведение;
- поиск путей для семейной реадаптации;
- расширение временнóй перспективы, разрушение инфантильной психологической защиты;
- предотвращение десоциализации подростков.

Иными словами, цель групповой психотерапии — научить подростка по-взрослому воспринимать окружающую жизнь и видеть пути своего развития.

Целью индивидуальной психотерапии являются:

- повышение качества рефлексии подростка;
- принятие ответственности за возникновение и развитие расстройства;
- установление индивидуально-психологических факторов возникшего расстройства (дисфункциональные установки, интра- и интерпсихические конфликты, проблемы целеполагания и др.).

Чаще применяется когнитивно-поведенческая психотерапия и другие варианты краткосрочной психотерапии, позволяющей в том числе проработку материала, полученного в результате семейной и групповой психотерапии.

Психотерапия в геронтологии

Психотерапия людей в старческом возрасте (геронтологическая психотерапия) представляет собой комплекс психотерапевтических подходов, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно.

Использование психотерапевтических методов в геронтологической практике связано с отходом в последние десятилетия от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс является общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обусловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее и которая проявляет себя «как биологическая, финансово-экономическая, эпохальная и экологическая судьба» (Lehr U., 1972, 1979). Поведение человека пожилого возраста определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. При разработке психотерапевтических программ необходим детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также многосторонняя ориентация мер вмешательства (медицинские, психологические, социальные, экологические и др.).

Особенностью психотерапевтических программ в геронтологии является принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как невостребованные функции угасают. При этом необходимо внимательно следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение.

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевтического воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов. В наименьшей степени для понимания старости и лечения старческих нарушений, по мнению H.-K. Rose (1987), подходят глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. В последнее время наиболее интенсивно развиваются когнитивная и поведенческие формы, а также поддерживающая психотерапия пожилых. U. Ler отмечает, что в специальных

заведениях для пожилых пациентов усиливается нежелательное поведение (например, социальное иждивенчество при одевании, умывании, питании, передвижении), в связи с чем снижается самостоятельность и растет зависимость пожилых людей. С целью преодоления этих явлений используется, в частности, такой метод поведенческой психотерапии, как оперрантное обусловливание. Его применение предполагает специальную подготовку и тренинг медицинского персонала, который должен научиться находить индивидуальные позитивные стимулы для пациента, определять частные цели и поощрять их достижение. Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды. Часто способность старых людей к обучению недооценивается, тогда как в большинстве случаев в результате тренинга они не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и вырабатывают новые. Все тренинговые программы строятся с учетом еще имеющейся у пациента продуктивности.

Психотерапия в геронтопсихиатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей отличается по возможностям, объему, постановке задач и методическим подходам, что связано с особенностями психических нарушений у людей пожилого и старческого возраста, а именно с биологическими процессами, лежащими в основе большинства этих заболеваний. Почти при всех психозах позднего возраста (Тибилова А. У., 1991) психогенному фактору принадлежит роль пускового механизма, либо вторично декомпенсирующей причины, либо патопластического фактора. Иными словами, в силу объективных причин (многофакторность патогенеза и биоредуктивная основа большинства психозов — известная стертость дифференцированности причинно-следственных связей и повышенный риск психической декомпенсации в старости) вычленение психических, а следовательно, и личностно-психологических и социальных факторов в развитии заболевания часто невозможно, что создает трудности для проведения психотерапии. Вместе с тем психическое заболевание почти всегда (за исключением глубокого слабоумия) опосредовано личностью больного, что, в частности, выражается в реакциях на болезнь, перемену обстановки, ожиданиях, связанных с лечением и перспективой после выписки из больницы. Несоизмеримо большее значение, по сравнению с собственными проблемами, свя-

занными с болезнью, для пожилых людей, находящихся в стационаре, приобретают вопросы непосредственного окружения в палате, взаимоотношений с медицинским персоналом, выбор лечащего врача, возможность принятия самостоятельных решений относительно ношения больничной одежды, участия в различных мероприятиях (групповых, развлекательных и пр.).

Психотерапия должна включать как общепсихотерапевтические подходы, так и специальные методы психотерапии. К первым относятся:

- создание терапевтической среды, атмосферы доверия, сотрудничества с обслуживающим персоналом;
- выработка положительной установки к методам лечения и непосредственному окружению в палате;
- повышение психической и социальной активности.

Вся обстановка, организационная структура, процессы взаимоотношений в стационаре должны быть направлены на обучение утраченным в течение болезни будничным функциям и навыкам, на восстановление способности к решающему поведению пациента и его возможностей.

К организации среды некоторые авторы относят также меры, возвращающие или стимулирующие чувствительность:

- визуальные (цветовое оформление помещений, частая смена настенных украшений);
- акустические (музыкальные программы, самодеятельность);
- меры, направленные на оживление обоняния и вкуса.

Сама смена пространственной среды может способствовать возрастающей стимуляции в психофизической и социальной сферах.

Изучение отношения больного к терапевтической среде, проводившееся в течение нескольких лет в клинике гериатрической психиатрии Института им. В. М. Бехтерева (Тибилова А. У., 1991), показывает, что отношения с персоналом и в целом возможность лечения в условиях клиники реабилитационного профиля оцениваются больными положительно. Интересно, что из многих личных и профессиональных характеристик врача и медицинской сестры больные отдают предпочтение их эмпатическим качествам, т. е. привлекатель-

ности, способности к сопереживанию, сочувствию. Отношение пожилых больных к разного рода восстановительным (психо- и социокорригирующим и активирующим) методам и к лекарственной терапии оказывается различным. У многих больных при общем положительном отношении к проводившимся восстановительным мероприятиям все же преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому, зависит от пассивной позиции и укоренившегося традиционного представления пожилых людей о лечении. Как правило, больные, находясь в стационаре, высоко оценивают возможности широких внебольничных социальных контактов и развлекательных мероприятий (частые свидания с родственниками и друзьями, клубные встречи с выписанными больными, домашние отпуска, посещения кинотеатра, экскурсии по городу, участие в сеансах музыкотерапии, в литературных вечерах, коллективных просмотрах слайдов).

В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей (домах престарелых, дневных стационарах, клубах пожилых) применяются также групповые психотерапевтические методы. Целью групповой психотерапии лиц пожилого возраста являются:

- привлечение их к социальному взаимодействию;
- повышение самооценки;
- усиление независимости;
- ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность.

Используются различные групповые техники:

- групповая дискуссия;
- музыкотерапия;
- хореотерапия;
- психогимнастика и др.

В то же время, как указывает H.-K. Rose, длительное пребывание пожилых людей в стационарах нежелательно, так как может вновь привести к пассивности и зависимости. Помещение их в дома престарелых должно осуществляться лишь в крайних случаях, так как излишняя регламентация, а порой и нелепые, необоснованные порядки этих учреждений могут, лишь усилить дефекты, вызванные процессом старения. Поэтому наиболее эффективной для

этих пациентов является помощь, осуществляемая дневными стационарами, учреждениями, обеспечивающими патронаж, социально-психиатрическое обслуживание, что позволяет им оставаться в своих квартирах.

Большинство исследователей и практиков подчеркивают необходимость включения в психотерапевтические меры воздействия на лиц пожилого возраста семейной психотерапии. Психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты психотерапевтических воздействий. Большое значение семейная психотерапия имеет для послевыписной медико-социальной адаптации больных и вторичной психопрофилактики с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациентов, особенно если речь идет о страдающих слабоумием или больных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами. Семейные отношения изменяются в той или иной степени у всех пожилых больных с психическими заболеваниями, но более значительно — у лиц со слабоумием. У них преобладают столкновения, связанные со стремлением родственников к отказу от больного из-за его тяжелого психического состояния и необходимости постоянного ухода. У больных с функциональными психозами чаще встречаются конфликты, в основе которых лежат переживание больным снижения или утраты лидирующей роли в семье или болезненное чувство своей ненужности и помехи близким, приводящие к самоизоляции. Коррекция отношения к больному со стороны членов семьи и его собственного отношения к ним зависит как от клинических особенностей заболевания, так и от установки семьи на разрешение конфликта и нередко материально-бытовых условий. Позитивный результат возможен лишь в том случае, когда посредством семейной психотерапии удается выработать у родственников больного сочувствие к нему, понимание его состояния и причин, вызвавших поведенческие расстройства (при бредовых и депрессивных состояниях), или примирение с ситуацией (при деменции). Как показывают исследования, семейная адаптация больных с функциональными психозами, в семьях которых проводилась психокоррекционная работа, после выписки, как правило, оказывается выше, но и у них полного разрешения конфликтов достичь почти

не удается, отношение к больному остается настороженным с тенденцией к изоляции в семье (Данилов Ю. М., 1984).

Особое место в геронтологической практике психотерапевта занимают проблемы умирания, особенно у неизлечимых и умирающих больных. Клиническое состояние таких больных определяется не только психологическими реакциями на приближающуюся смерть, но и общим соматическим состоянием, а нередко и преимущественным пребыванием в постели. У таких больных меняются состояния сознания, и мир предстает перед ними с совершенно другими приоритетами. То, что прежде было несущественно, становится вдруг важнейшим, на поверхность сознания всплывают и кажутся гораздо более современными, чем актуальное жизненное пространство, давно забытые события. Переживание центрируется на воспоминаниях о детстве и давнем прошлом. Полностью изменяется восприятие времени, обычно исчезает его линейность. Обостряется метафоричность восприятия и мышления, больные в большей степени сосредоточены на своих сновидениях и фантазиях, приобретающих характер реальности. Усиленный интерес к будущей жизни чаще выражается различными метафорами и символами. Масштабы времени и пространства в существенной мере теряют реальный и практический характер. Для помощи таким больным применяется психотерапия, основанная на использовании проявляющихся зрительных образов, по C. B. Bahnson (1986), присоединяясь к которым, психотерапевт может соприкоснуться с внутренним миром пациента, а также психотерапия умирающих, по А. В. Гнездилову (2001), в которой значительное место отводится контакту с пациентом в форме «психотерапии присутствием», а также использованию различных форм стимуляции, позволяющих осуществить активацию личности пациентов через зрительные образы, звуки и прикосновения.

В целом психотерапия больных с психическими расстройствами в позднем возрасте оценивается как перспективный метод в комплексе с лекарственной терапией (Kielholz P., 1977; Karasu T. B., 1982, и др.), имеет свою специфику. Факторы старения, способствующие так называемому кризису «второй половины» жизни (Kohler Ch., 1968), начинают играть роль после 40 лет и должны учитываться в психотерапии всех направлений.

Кризисная психотерапия

В современной клинической психологии и психотерапии кризис понимают как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними по отношению к его личности причинами (фрустрацией) либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития. В этом понимании кризисы переживаются каждым человеком, и в помощи лицам в кризисном состоянии участвует ВОП, к которому пациенты с такими состояниями нередко обращаются в первую очередь.

Психотерапевтическая помощь показана лицам не просто в кризисном состоянии, а в ситуации так называемого «патологического кризиса», сопровождающегося общим ухудшением состояния здоровья и зачастую обострением соматических заболеваний, присоединяющимся к уже имеющимся соматоформным расстройствам, формирующимся на фоне соматизированных (скрытых) депрессивных состояний и суицидальных тенденций (суицидальных мыслей и попыток). Такие пациенты предъявляют «адекватные» для первичной медицинской практики соматоформные жалобы, являющиеся замаскированными посланиями о ситуационных трудностях и неразрешенных конфликтах. Расшифровка истинного (кризисного) послания ВОП является важной в помощи таким пациентам.

Круг состояний, относящихся к кризисным и требующих психотерапевтической помощи, достаточно широк. К ним в первую очередь относятся:

- кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией;
- кризисные состояния, сопровождающиеся психогенной, в том числе невротической, реакцией;
- кризисные состояния, сопровождающиеся невротической депрессией;
- кризисные состояния, сопровождающиеся психопатической или патохарактерологической реакцией.

В 1960-е гг. кризисные состояния пополнились концепцией кризисов семьи и, далее, концепцией С. Т. Агаркова (2004) — кризисов супружеской пары, обусловленных супружеской дезадаптацией.

К кризисным состояниям могут быть отнесены и так называемые кризисы идентичности (Положий Б. С., 1991) — чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада общественной жизни, а также кризисные состояния в структуре стрессовых и постстрессовых расстройств (Александровский Ю. А., 1997).

Диагностика кризисных состояний в свете существующей практики учитывает современные классификации психических расстройств.

В МКБ-10 в качестве дезадаптивной реакции на отчетливо обнаруживаемый психосоциальный стресс выделяется диагностическая рубрика «Расстройство адаптации». Для нее характерны следующие критерии:

1. Наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса или стрессовому жизненному событию.
2. Индивидуальная предрасположенность (уязвимость), но в сочетании с доказательствами того, что расстройство не возникло бы без воздействия стресса.
3. Наличие одного или нескольких симптомов: депрессивное настроение, тревога, беспокойство; чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней; некоторое снижение продуктивности в повседневных делах; склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии.
4. Доказанная временна́я связь между стрессором и возникшим расстройством — не более трех месяцев от начала действия стрессора.

По преобладающим психопатологическим признакам рассматриваются расстройства адаптации:

- с депрессией;
- с тревогой;
- со смешанными эмоциональными чертами;
- с нарушением поведения;
- с расстройством эмоций и поведения.

Диагностическая категория «Острая реакция на стресс» относится также к клиническому выражению переживаний стресса, несмотря на ее содержательную неопределенность. Для нее характерны признаки генерализованного тревожного расстройства, а также следующие симптомы:

- отход от ожидаемого социального взаимодействия;
- сужение внимания;
- очевидная дезориентировка;
- гнев или вербальная агрессия;
- отчаяние или безнадежность;
- неадекватная или бессмысленная гиперактивность;
- неконтролируемая, крайне тяжелая (по меркам соответствующих культурных норм) грусть.

Симптомы начинают редуцироваться при смягчении или устранении стресса — не ранее чем через 8 часов, при сохранении стресса — не менее чем 48 часов. Непосредственное психотерапевтическое вмешательство при острой реакции на стресс показано в основном в случаях ее легкой или средней степени выраженности.

Что касается **посттравматического стрессового расстройства** (ПТСР), то оно развивается вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки нормального человеческого опыта, характер которых в принципе может вызвать дистресс почти у каждого человека.

Подчеркиваются две особенности ПТСР:

- отчетливо психогенная природа расстройства;
- безусловная, выходящая за рамки обычного человеческого опыта, тяжесть психогении, исключительная мощь ее патогенного воздействия.

Одна из классификаций наиболее частых причин возникновения ПТСР при массовых бедствиях:

- природные — климатические (ураганы, смерчи, наводнения), сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами);
- вызванные человеком — несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары;

- биологические, химические и ядерные катастрофы;
- «умышленные» бедствия — террористические акты, мятежи, социальные явления, войны.

Экстремальными могут быть и ситуации, имеющие значение для отдельного человека, например акты агрессии, изнасилования, потеря объекта особой значимости.

К диагностическим критериям ПТСР относятся:

- воздействие травмирующего события;
- повторные переживания травмирующего события;
- избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение;
- симптомы повышенного возбуждения;
- продолжительность расстройства более одного месяца;
- расстройство вызывает значимый дистресс или нарушения в различных сферах жизнедеятельности.

Клиническая картина ПТСР характеризуется более глубокими и полиморфными психопатологическими нарушениями и требует разработки активных терапевтических стратегий.

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, определяющим терапевтическую тактику кризисной психотерапии, являются суицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение). Суицидальные тенденции могут входить в структуру клинических проявлений кризисных состояний и являться своеобразным ответом на чрезмерные, субъективно невыносимые страдания. В нашей стране проблема кризисных состояний (в русскоязычной литературе традиционным термином, адекватным кризисному состоянию, является термин «социально-психологическая дезадаптация») была разработана А. Г. Амбрумовой (1974). В соответствии с ее концепцией, причиной суицидального поведения являются конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере. Другой причиной перехода кризиса в патологическую форму и возникновения в его структуре суицидальных тенденций, обострения нервно-психического или психосоматического заболевания является хронизация. Суицидогенные установки у таких людей часто связаны с представлением о большей, чем собственная

жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и других ценностей. Такие установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующих ценностей вновь инициируют суицидальные тенденции. Учитывая высокое значение для психотерапии именно суицидального поведения людей, переживающих кризис, и для отличия «патологического» кризиса от кризиса, протекающего в пределах нормы, применяется термин «суицидальный кризис», или «суицидальное кризисное состояние».

В структуре суицидоопасных реакций выделяют 3 компонента:

- аффективный;
- когнитивный;
- поведенческий.

Содержанием аффективного компонента служат, в частности, переживания эмоциональной изоляции и отсутствие выхода из ситуации. Наиболее частыми проявлениями аффекта являются реакции тревоги, депрессии, тоски, обиды. Отмечаются апатия, ощущение бессилия, стремление к уединению.

Когнитивный компонент суицидального кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешения кризиса из-за отсутствия времени или сил.

Поведенческий компонент, кроме собственно суицидального поведения, включает также часто высокую активность в попытках разрешения кризисного состояния, в том числе использования неадаптивных вариантов копинг-поведения типа «бегства в алкоголизацию и наркотизацию», проявлений агрессивных и диссоциальных тенденций.

В целом, высокую суицидоопасность можно предположить на основании следующих критериев:

1) настойчивые или повторные мысли о самоубийстве (суицидальная идеация);
2) депрессивное настроение, часто с потерей аппетита, жизненной активности, проблемы со сном;
3) зависимость от наркотиков или алкоголя;

4) чувство изоляции, отверженности, которое может быть вызвано уходом из семьи и лишением систем поддержки;
5) ощущение безнадежности и беспомощности. В такой момент угроза суицида может быть первым сильным чувством;
6) неспособность общаться с другими людьми из-за чувства безысходности и мыслей о самоубийстве;
7) потенциальные суициденты считают, что лучше не станет «никогда». Их речь (и мысли) полна обобщений и фатальна: «жизнь ужасна», «всем все равно»;
8) они обладают «туннельным» видением, т. е. неспособностью увидеть то положительное, что могло бы быть адекватным для них: существует только один выход из сложившейся ситуации;
9) они амбивалентны — хотят умереть и в то же время, некоторым образом, хотят жить. Укрепление желания жить — цель суицидальной интервенции.

Эти психологические характеристики определяют и специфику кризисных пациентов, и особенности кризисной психотерапии. Основные контингенты обращающихся за кризисной психотерапевтической помощью — это практически здоровые люди (в том числе с акцентуацией характера) и больные с пограничными состояниями. Большинство из них ранее не посещали психиатра, впервые обращаются за психотерапевтической помощью и не имеют опыта такого лечения, отличаются неустойчивыми и нереалистическими ожиданиями в отношении его. Бóльшая часть — женщины, суицидальное состояние которых обусловлено супружескими или сексуальными конфликтами. Некоторые пациентки переживают необратимую утрату значимого объекта эмоциональной привязанности (супруга, ребенка, родителей). Особое внимание обращает на себя наличие суицидальных тенденций и попыток самоубийства в анамнезе, их связь с микросоциальными конфликтами.

При работе с суицидальными кризисными пациентами учитывается уровень мотивации на участие в психотерапии:

1) конструктивный — с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации;

2) симптоматический — с установкой лишь на ликвидацию симптомов;
3) манипулятивный — с попыткой использования влияния психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта;
4) демобилизующий — с отказом от психотерапии.

Принципы и задачи кризисной психотерапии имеют принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике неврозов и пограничных состояний, к которым относятся:

1) ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и, во-вторых, — с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке и на первых порах в руководстве их поведением;
2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска;
3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности.

По своему характеру кризисная психотерапия близка к методам когнитивно-поведенческой психотерапии и включает три этапа:

1) кризисная поддержка;
2) кризисное вмешательство;
3) повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные психотерапевтические программы кризисной психотерапии применяются дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется кризисное вмешательство; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по тренингу навыков адаптации. Острота суицидальных пере-

живаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается.

Схематично задачи кризисной психотерапии могут быть представлены в виде следующей индивидуальной программы, включающей конкретные терапевтические цели (мишени) для пациента, впервые обратившегося на высоте кризисного состояния с высоким суицидальным риском.

Схема индивидуальной программы кризисной психотерапии

Этап кризисной поддержки:

1. Установление психотерапевтического контакта.
2. Раскрытие суициодоопасных переживаний.
3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.
4. Заключение психотерапевтического контракта для последующего продолжения психотерапии.

Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации.
3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.

Этап повышения уровня адаптации:

1. Поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризисной ситуации.
2. Выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивными когнитивными механизмами, а также их преодоление.
3. Введение новых значимых лиц для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

Основные формы кризисной психотерапии

Кризисная психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.

При **индивидуальной кризисной психотерапии** применяются различные методы и варианты краткосрочной психотерапии, которые проводятся с соблюдением указанных ранее этапов. Особенностью индивидуальной кризисной психотерапии является использование специальных технических приемов. Так, на этапе кризисной поддержки при установлении психотерапевтического контакта применяется прием выслушивания, который является чрезвычайно важным в кризисной психотерапии в связи с тем, что это фактически единственный способ, позволяющий при его правильном использовании значительно дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки. Можно считать, что кризисная психотерапия невозможна без этого приема, и мастерство психотерапевта состоит в том, чтобы любыми средствами «разговорить» пациента и создать условия для проговаривания им травмирующих переживаний. На этом этапе психотерапевт может отступить он принятого в психотерапии правила 50-минутной продолжительности одной встречи с пациентом, и если пациент способен и склонен говорить, то встреча может продолжаться несколько часов. Пациент при этом выслушивается терпеливо и сочувственно, психотерапевт обеспечивает эмпатическую обстановку, способствует катарсическому отреагированию пациента. Не следует прерывать речь пациента (чрезвычайно важное правило). На этом этапе исключаются конфронтация (критическое отношение к представлениям, намерениям и поведению пациентов) и другие активные элементы психотерапии. Выслушивание пациента — основной элемент раскрытия суицидоопасных переживаний. Психотерапевтические задачи установления контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний считаются реализованными, когда, несмотря на усилия психотерапевта и применение им техники классической и избирательной вербализации (обобщающие высказывания психотерапевта касаются только травмирующей ситуации, другие же темы игнорируются), пациент самостоятельно перестает го-

ворить на травмирующую его тему и самостоятельно выбирает другую тему для обсуждения (несмотря на предложения психотерапевта продолжить обсуждение травмирующей ситуации). По невербальным признакам отмечается снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка пациента при сфокусированном обращении к теме травмирующих переживаний. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания требуют в некоторых случаях 4–5 встреч. Далее реализуется терапевтическая задача актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты, требующая обязательной эмоциональной поддержки пациента. Реализуя эту задачу, психотерапевт актуализирует антисуицидальную мотивацию путем обращения пациента к прошлым достижениям и будущим перспективам. Проявления личностной несостоятельности пациента не интерпретируются и не анализируются. Сопротивление пациента игнорируется. Этап кризисной поддержки завершается заключением психотерапевтического контракта, основная задача которого состоит в кризисной психотерапии — в локализации кризисной ситуации и проблематики. В целом, задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций и позволяет перейти к этапу кризисного вмешательства.

Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента и когнитивной перестройки его представлений о причинах и путях выхода из кризиса. На этом этапе применяются известные технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии, психотерапии, сфокусированной на решении проблем, гипносуггестивной психотерапии, методы релаксации и многие другие. Особенностью психотерапевтической работы является точная фокусировка пациента на терапевтических задачах этапа и игнорирование его стремления вернуться к обсуждению симптоматики и других незначимых проблем.

Групповая кризисная психотерапия является специфичной формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных больных, группо-

вая кризисная психотерапия направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненным значением. Это обусловливает краткосрочность, интенсивность и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся значимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас».

Показаниями для этого вида кризисной психотерапии являются:

1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;
2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации;
3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его переживаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных тенденций. В кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия. С пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования помощи кризисной группы. С целью выработки оптимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с журналом отзывов бывших участников, в котором они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью группы.

Размеры кризисной группы ограничиваются 10 участниками. Обычно в нее включаются 2 пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Более двух таких пациентов создают трудности в работе группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб другим, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у остальных пациентов. Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера — проводника эмоционального влияния психотерапевта — включается больной с выраженной акцентуацией характера или психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией.

Состав группы разнороден по возрасту и полу. Это снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины удовлетворяют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корригируются неадаптивные полоролевые установки. Неотложность решения кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия.

Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 ч. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4–6 недель, курс групповой кризисной психотерапии равен в среднем одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличает последнюю от группы больных с пограничными состояниями, где она возникает в процессе групповой динамики и является важным терапевтическим фактором в поздних фазах развития группы. В кризисной группе сплочение ее участников определяется взаимной поддержкой и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Здесь терапевтически оправданным является поведение психотерапевта, направленное на стимулирование поддержки пациентами друг друга уже на ранних этапах терапии. Баланс эмоциональной поддержки и сплочения — напряжения в группе кризисной психо-

терапии сдвинут в сторону сплочения и поддержки. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных состояний, где оно не рекомендуется.

Группа является открытой, т. е. еженедельно из нее выбывают в связи с окончанием срока терапии 1–2 пациента, и она пополняется новыми участниками. Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения ее участников, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. В открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация групповой кризисной психотерапии требует фокусирования психотерапии на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от таковой при групповой психотерапии пограничных расстройств, в известной мере является более директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением. Описанные факторы лечебного действия кризисной психотерапии (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются все элементы кризисной психотерапии.

На этапе повышения уровня адаптации применяются различные варианты поведенческой психотерапии, проводится индивидуальный поведенческий тренинг, который может быть реализован через систему домашних заданий пациенту.

Семейная кризисная психотерапия показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется супружескими семейно-быто-

выми конфликтами. Особое значение таких конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный пациент лишается поддержки своего ближайшего окружения и у него возникает чувство одиночества на фоне эмоциональной изоляции в семье (супружеской паре), когда семейно-супружеские ценности доминируют над другими интересами человека (нет профессиональной и карьерной целей, нет дружеского и приятельского окружения). Выделяют два варианта указанных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или, шире, конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе детско-родительский). Особенно опасной считается ситуация развода (разрыва отношений между сексуальными партнерами): разведенные прибегают к самоубийству как к способу разрешения кризисной ситуации в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от пациентов, обращающихся за семейно-супружеской психотерапией, кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидальные тенденции, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного кризиса. В связи с этим семейная кризисная психотерапия отличается от традиционных форм семейно-супружеской психотерапии тем, что она направлена на устранения суицидоопасных тенденций путем быстрейшего разрешения семейного кризиса, а не на сохранение семьи. Семейная кризисная психотерапия возможна и показана только в случае собственной инициативы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в систему помощи кризисному пациенту, развития кризиса у других членов семьи. Семейная кризисная психотерапия проводится с использованием стратегий и подходов различных методов семейно-супружеской психотерапии, с включением в психотерапию задач кризисной психотерапии.

Кризисная психотерапии в нашей стране профессионально осуществляется учреждениями и подразделениями кризисной службы, деятельность которой постоянно совершенствуется. В настоящее время работа кризисной службы определяется Приказом Минздрава РФ от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Этим приказом, в частности, определяются звенья кризисной службы: телефонное консультирование, кабинеты социально-пси-

хологической помощи, отделения (стационарные) кризисных состояний. В приказе содержатся положения об этих звеньях, штатные нормативы, методические рекомендации по организации региональной кризисной службы. Приказом Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи» определяются организационные условия для создания кризисной помощи региональными психотерапевтическими центрами, в штате которых предусматриваются должности врачей-психотерапевтов для работы с лицами, находящимися в кризисных состояниях, из расчета одна должность на 200 тыс. обслуживаемого населения.

Задачи ВОП при работе с кризисными пациентами

Своевременная экспресс-диагностика кризисного состояния и особенно суицидальных тенденций у пациента включает:

1. Создание возможного в условиях поликлинического приема, эмпатического контакта.
2. Проведение рациональной психотерапии при понимании врачом содержания кризисных переживаний и причин усиления общесоматической симптоматики.
3. Демонстрирование уверенности в возможности разрешения кризисной ситуации.
4. Своевременное направление пациента на прием к врачу-психотерапевту.

До обращения пациентов к врачу-психотерапевту ВОП в работе с кризисными пациентами должен руководствоваться следующими общими психотерапевтическими принципами, используемыми на обычном врачебном приеме:

1. Не «отталкивать» пациента, если он решил поделиться своими проблемами, даже если услышанная ситуация очень сложна. Необходимо помнить, что пациенты с суицидальными наклонностями редко обращаются за помощью непосредственно к профессионалам — врачам-психиатрам и врачам-психотерапевтам.

2. Если ВОП предполагает суицидальные наклонности у своего пациента, необходимо сделать все возможное для его обращения к врачу-психотерапевту.
3. Сообщить о своем желании помочь пациенту, но не давать обещаний «сохранить в секрете» суицидальные признания, наоборот, подчеркивать необходимость сообщения этой информации специалисту, например врачу-психотерапевту поликлиники, которого в подобных ситуациях лучше пригласить для совместной беседы, чем просто выдать к нему направление.
4. В собственных высказываниях ВОП должен демонстрировать спокойствие и не использовать осуждающих оборотов речи, вне зависимости от того, о чем идет речь.
5. Важным правилом общения с пациентом является искренность, это относится и к формулировкам уточняющих вопросов врача, которые могут помочь определить, насколько серьезна угроза. Сами вопросы о суицидальных мыслях не только не стимулируют суицидальных действий (как это считается), а наоборот — признание в суицидальных намерениях обычно приводит к облегчению из-за осознавания проблемы и разделенности переживаний с другим человеком, особенно с врачом.
6. Необходимо уточнить у пациента, есть ли у него план суицидальных действий. Наличие конкретного плана суицидальных действий — признак реальной опасности.
7. Необходимо убедить пациента в том, что непременно есть такой человек, к которому можно обратиться за помощью, «который помогал другим в еще более сложных ситуациях».
8. Нельзя предлагать упрощенных решений типа «все, что вам сейчас необходимо, так это хорошо выспаться, утром вы почувствуете себя лучше» или «я выпишу антидепрессант, который вам поможет».
9. В литературе подчеркивается важность искреннего прояснения чувств пациента и искреннее сообщение своих чувств врачом.
10. В кризисных ситуациях полезна поддержка любых направлений разрешения кризиса, ненавязчивое обращение внимания на возможность его разрешения, несмотря на существующие трудности.

11. ВОП может помочь увидеть ситуацию с точки зрения возможности управлять ею и дать возможность пациенту понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию. Ненавязчиво посоветовать найти решение проблемы.
12. Необходимо помочь пациенту найти людей или места, которые могли бы снизить переживаемый стресс. Здесь полезна любая возможность для уменьшения суицидальных намерений.
13. Имеет также значение убежденность врача, передающаяся пациенту, что существующее у него сейчас чувство безнадежности не будет длиться вечно.

Учитывая социально-экономическое положение страны и характер общественного сознания, активная позиция ВОП по выявлению и первичной помощи больным в кризисном состоянии будет способствовать значительному повышению качества оказания специализированной психотерапевтической помощи этому контингенту пациентов.

Семейная психотерапия

Семейной психотерапией называется одна из основных форм психотерапии (другие формы — индивидуальная и групповая), предполагающая помощь семье в целом и направленная на лечение пациента (который в западной литературе обозначается как «первичный», или «идентифицированный пациент», т. е. носитель симптома) в семье и при помощи семьи. Семейная психотерапия направлена также на коррекцию межличностных отношений и имеет целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного (больных) ее члена (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976), и коррекцию других психосоциальных механизмов, имеющих значение для возникновения и развития заболеваний (Эйдемиллер Э. Г., 2004). Если психотерапия проводится с супружеской парой, то такая разновидность семейной психотерапии часто обозначается как супружеская психотерапия.

Выделению семейной психотерапии в особую форму способствовали исследования, показывающие чрезвычайно высокое значение семейных отношений для большинства общесоматических и пограничных психических расстройств, особенно в связи с развитием биопсихосоциального подхода в медицине. Так, невротические расстройства чаще возникают у людей, воспитывавшихся в неполных или дисгармоничных семьях (Карвасарский Б. Д., 1990). В других исследованиях доказывается огромная адаптационная роль семьи. Оказалось, что частота суицидов у одиноких людей в 60 (!) раз выше, чем у семейных (Амбрумова А. Г., 1974). При изучении факторов, способствующих возникновению алкогольной зависимости, выявлена значительная роль качества семейных отношений: при низкой степени удовлетворенности семейными отношениями в 2,5 раза чаще отмечаются ранние рецидивы алкогольной зависимости после проведенного качественного противоалкогольного лечения (Ерышев О. Ф., 1998). При выяснении причин обострения психических расстройств установлено, что семейные проблемы и дисгармоничные семьи — это самый значимый фактор срыва ремиссии у больных шизофренией, роль которого выше, чем форма, продолжительность и тип течения болез-

ни (Зайцев В. В., 2003). Влияние семьи велико и на социальную адаптацию человека. Так, при изучении частоты сексуального насилия у девочек дисгармоничные отношения в родительских семьях установлены более чем у 60% (Шигашев Д. Ю., 2000).

Основоположником семейной психотерапии в России и одним из первых в мире явился И. В. Маляревский. В 1882 г. в Санкт-Петербурге он основал врачебно-воспитательное заведение для психически больных детей и подростков, персонал которого уделял большое внимание диагностике взаимоотношений в семьях психически больных, роли дисгармоничного воспитания в формировании тех или иных проявлений душевных болезней. С родственниками больных детей проводилось «семейное воспитание» — прообраз современной семейной психотерапии.

Потребность населения в семейной психотерапии возрастала во всех странах начиная с середины 40-х гг. XX в., после завершения Второй мировой войны, а в СССР — в 70-е гг. XX в. и с начала 1990 г. (Мягер В. К., 1976; Эйдемиллер Э. Г., 1994).

Выделяют несколько подходов в семейной психотерапии:

- психодинамический (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Бабин С. М., 1996; Ackermann N. W., Franklin P. F., 1985);
- системный и стратегический (Эйдемиллер Э. Г., 1990; Minuchin S., Fishman H. C., 1981; Burnham G., 1991);
- эклектический (Захаров А. И., 1982, и др.).

Представители эклектического направления соединяют в психотерапевтической работе с семьей различные по лечебным механизмам методы: гипноз, аутогенную тренировку, медитацию, домашние задания по модификации поведения, анализ и интерпретацию взаимоотношений, групповые дискуссии, технические приемы гештальт-терапии, психодрамы, арт-терапии и др.

Длительность семейной психотерапии обусловливается тяжестью психических расстройств у «носителя симптома», выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Когда участники психотерапии спрашивали у известного семейного психотерапевта V. Satir: «Сколько будет длиться семейная психотерапия?», она отвечала: «Для того чтобы определить, в чем заключается ваша пробле-

ма, потребуется от 3 до 6 сессий продолжительностью в 1 ч, а дальше вы сами решите, достаточно этого или вы захотите продолжать работать со мной». Вначале семейная психотерапия проводится с частотой 1–2 сеанса в неделю, затем встречи происходят 1 раз в 2 недели, а далее — 1 раз в 3–4 недели.

В семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер Э. Г., 2006):

1) диагностический (семейный диагноз);
2) ликвидация семейного конфликта;
3) реконструктивный;
4) поддерживающий.

Под **семейным диагнозом** понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них. Диагностика семейных отношений осуществляется в процессе присоединения к семейной группе психотерапевта, выдвигающего и проверяющего проблемные диагностические гипотезы. Особенность семейной диагностики заключается в том, что она носит сквозной характер, т. е. сопровождает семейную психотерапию на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая особенность диагностики семейных отношений заключается в стереоскопическом ее характере. Это означает, что в случае, если информация о происходящем получена от одного из членов семьи на односторонних встречах, то она должна быть сопоставлена с информацией от других членов семьи и тем впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспроса и наблюдения за поведением участников психотерапии («семья глазами ребенка», «семья глазами родителей», «семья глазами психотерапевта», «какие мы на самом деле»).

На **втором этапе** в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи выявляются и проясняются истоки семейного конфликта и он элиминируется посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посред-

ника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Отдельно проводится анализ невербального компонента общения членов семьи — психотерапевт помогает им распознавать и использовать «невербальный язык». Выслушав противоречивое сообщение участника сеанса, психотерапевт переводит его на язык жеста, а экспрессивность жеста соотносит с сенситивностью и толерантностью участников. На этой стадии ведущими оказываются следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых семейных отношений, специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга (попытка установить контакт и добиться эффекта, влияя в иерархизированном порядке на различные стороны личности участников) (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В., 1999).

На **этапе реконструкции** семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельной семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

На **поддерживающем этапе**, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс семейной психотерапии, обосновывает последовательность применения тех или иных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических сведений. По Э. Г. Эйдемиллеру, В. Юстицкому (1999), понятие «этап семейной психотерапии» и выбор адекватной ему психотерапевтической методики — взаимосвязанные между собой явления.

В настоящее время одним из наиболее широко представленных, перспективных, экономически целесообразных и терапевтически эффективных направлений в семейной психотерапии принято считать системную семейную психотерапию. Семья выполняет свои

функции с помощью определенных структур — семейных функций, семейных ролей, подсистем и границ между ними. Семейные функции — целостные способы реализации потребностей членов семьи к совместной жизни (Minuchin S., 1980; Эйдемиллер Э. Г., 2004).

К числу основных семейных функций относятся:

1) экономическая (экономические отношения членов семьи, связанные с их доходом и семьи в целом, отношения собственности и пр.);
2) рекреативная (сложившиеся традиции и механизмы восполнения сил членов семьи, отдыха);
3) воспитательная (принципы и практика воспитания членов семьи);
4) сексуальная;
5) первичного социального контроля (условия для корректного проявления членов семьи в «большом» социуме);
6) разделенного эмоционального опыта и др.

Структура семейных ролей предписывает членам семьи, что, как, когда и в какой последовательности они должны делать, вступая в отношения друг с другом. Повторяющиеся взаимодействия приводят к установлению определенных стандартов — «стандарты взаимодействий», по S. Minuchin, а стандарты, в свою очередь, определяют, с кем и как вступать во взаимодействие. В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и носит альтернативный характер. В случае невозможности удовлетворить потребности в рамках сложившейся структуры члены семьи предпринимают поиск альтернативных вариантов семейных ролей. В 66% семей, в которых проживали подростки с пограничными нервно-психическими расстройствами, отмечались жестко фиксированные, патологизирующие семейные роли. Патологизирующими семейными ролями (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В., 1999) считаются такие, которые в силу своего содержания оказывают психотравмирующее воздействие на членов семьи.

Семейные подсистемы — это более дифференцированная совокупность семейных ролей, которая позволяет избирательно выполнять определенные семейные функции, обеспечивать жизнедеятельность семьи. Член семьи может быть участником нескольких подсистем — родительской, супружеской, детской, мужской, женской.

Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно. Когда мать ругает сына за плохую оценку, полученную в школе, и при этом замечает: «Это потому, что твой отец — рохля и не хочет показать, что такое настоящий мужчина», то она неосознанно начинает функционировать сразу в двух подсистемах — родительской и супружеской. Такое поведение приводит к тому, что ни сын, ни муж не воспринимают критику в свой адрес, но принимают меры, иногда сообща, чтобы защититься от нее.

Границы между подсистемами — это правила, определяющие, кто и каким образом выполняет семейные функции. В нормальных семьях они четко очерчены и проницаемы. При жестких границах коммуникация между подсистемами затруднена, не происходит обмена информацией; при размытых — стрессы, переживаемые в одних подсистемах, легко иррадиируют и на другие. Рассмотрение семьи с позиций системы дает дополнительный импульс к пониманию и объяснению семейных отношений и к совершенствованию семейных интервенций.

Основными принципами проведения психотерапии, разработанными Миланским институтом семейных исследований, являются:

1) выдвижение терапевтических гипотез;
2) циркулярность;
3) нейтральность;
4) позитивное истолкование симптомов или проблем пациента и его семьи.

До первой семейной сессии психотерапевты, входящие в терапевтическую группу, выслушав членов семьи, выдвигают ряд гипотез о парадоксальности взаимоотношений в семье, приводящей к формированию у одного из ее членов симптомов болезни. Циркулярность понимается как в этиопатогенетическом («принципы круговой причинности»), так и в практическом плане. Участников психотерапии опрашивают по кругу; если пациент, к примеру, говорит: «Когда моя мать хмурится, у меня падает настроение», то врач спрашивает у других членов семьи: «А что вы чувствуете, когда мать хмурится? А вы сами, мама?» Психотерапевт сохраняет принимающую нейтральную позицию по отношению ко всем членам семьи. Симптоматика пациента рассматривается как способ приспособле-

ния, поэтому задачей психотерапии становится поиск других путей адаптации пациента.

Для проведения семейной психотерапии необходимо решить следующие последовательные задачи:

1. Определение реальных границ семьи и подготовка ее к психотерапии. Определение границ семейной системы в некоторых случаях является непростой задачей, поскольку юридические и социологические, с одной стороны, и психотерапевтические трактовки границ семейной системы — с другой, могут существенным образом различаться. Так, юридическая трактовка — супруги и их родственники, проживающие вместе и ведущие совместное хозяйство. Социологическая — группа людей, имеющих родственные связи, находящихся в тесных межперсональных отношениях. Не могут считаться семейной группой люди, проживающие в гражданском браке, или, напротив, к семейной группе относятся близкие родственники, проживающие раздельно. В связи с этим в практической психотерапии под семьей может пониматься естественная малая группа проживающих вместе людей, находящихся в психологически значимых отношениях и оказывающих взаимовлияние друг на друга.

Подготовка семьи к психотерапии также является сложной профессиональной задачей, поскольку взгляды на предстоящую интервенцию могут существенным образом различаться. Так, например, супруги С. (мужу 38 лет, жене — 29 лет) при обращении за психотерапевтической помощью формулировали необходимость проведения психотерапии по-разному: жена настаивала на семейной психотерапии, поскольку рассматривала кризисную ситуацию как ситуацию, в которой оба супруга с равной ответственностью принимали участие, и, несмотря на собственное страдание и наличие симптома (приступы тревожного состояния, обусловленного конфликтными отношениями), отказывалась наотрез от индивидуальной помощи. Муж, со своей стороны, рассматривал ситуацию как проблему жены и, в свою очередь, отказывался от участия в семейной психотерапии. В результате, несмотря на явные и осознаваемые признаки семейной дисгармонии и наличие идентифицированного пациента (жены), психотерапия не проводилась из-за отсутствия объекта психотерапии: семья как объект психотерапии не рассматривалась из-за отказа

мужа от участия в психотерапии, а жена также не готова была рассматривать ситуацию как свою личную проблему.

2. Присоединение психотерапевта (пары ко-терапевтов) к семье. Для создания рабочего союза семьи с психотерапевтом (парой ко-терапевтов) необходимо присоединение к предъявляемой семьей структуре ролей:

1) установление конструктивной дистанции — свободное расположение членов семьи;
2) ориентация внимания психотерапевта на того члена семьи, который заявляет проблему, с одновременным учетом лидерских позиций в семье;
3) применение специальных технических приемов, позволяющих семье психологически принять психотерапевтов, для чего психотерапевты в собственном поведении проявляют сходные с традициями семьи лингвистические особенности (используют словесные конструкции, принятые в семье, — «говорят на языке семьи»), демонстрируют сходные с членами семьи невербальные признаки (темп речи, просодические характеристики речи, жесто-мимические характеристики);
4) сохранение семейного статус-кво, т. е. той структуры семейных ролей, которую демонстрируют психотерапевту. При этом возможно наличие явного лидера, являющегося инициатором обращения и заявителем проблемы. Он может прикрываться молчанием и невербально давать знать кому-то из членов семьи, чтобы он играл роль «транслятора», который и говорит от имени семьи. В каждом из этих случаев психотерапевт, осуществляя присоединение, сохраняет предъявляемую структуру ролей вплоть до его завершения.

3. Формулирование целей и принятие психотерапевтических целей. Для этого психотерапевты применяют специальные технические приемы, позволяющие за внешней, часто декларативной, причиной обращения распознать истинные семейные сложности, обсудить их с членами семьи и наметить психотерапевтический план.

4. Проведение диагностики семейных отношений, формулирования «семейного диагноза», обсуждение его с членами семьи, формирование плана психотерапевтической работы и ожидаемых результа-

тов. Для проведения диагностики семьи могут проводиться клинико-психологические исследования и применяются специальные психотерапевтические диагностические приемы, позволяющие оценить степень и качество реализации основных семейных функций, структуру семейных ролей, подгруппы и границы между подгруппами, семейные механизмы совладания и решения трудностей, механизмы планирования и пр. Для этого членам семьи даются тестовые задания, результаты выполнения которых затем обсуждаются, что является также важным терапевтическим результатом, поскольку позволяет членам семьи осознать структуру и причины психологических затруднений в семье. В настоящее время широко используются такие задания, как «Рисунок семьи» — всем участникам одновременно предлагается нарисовать семью, семейный дом, квартиру, поездку на природу; «генограмма семьи»; тестовые коммуникативные задания «семейный спор» — участникам семьи предлагается показать, как в семье обсуждаются сложные темы.

5. Реконструкция семейных отношений:

1) работа психотерапевта способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и реципрокно связанному с этим ослаблению функционирования других подсистем. Ранее супруги в основном неосознанно смешивали родительский и супружеский контексты, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством, а с другой — к появлению проблем или симптомов у ребенка. Разделение супружеского и родительского контекстов в процессе психотерапии способствует повышению их эффективности и компетентности и как супругов, и как родителей. Прародители учатся распознавать границы своей подсистемы, качество ее функционирования и мотивы, по которым они несогласованно пересекали внутренние границы;
2) в семейной психотерапии на всем протяжении присутствуют сбалансированность в исследовании негативного и позитивного опыта, двухуровневая обратная связь, психоскульптурирование, семейная психодрама.

6. Завершение психотерапии и расставание с семьей. Сигналом к завершению психотерапии обычно является достижение сформулированных целей, предполагающих изменение отношений в семье,

и подготовка семьи к самостоятельному обнаружению и разрешению трудностей. В некоторых случаях возможно проведение поддерживающей психотерапии, когда сессии становятся реже и их частота определяется временнóй договоренностью (1 раз в месяц) или приурочиваются к важным событиям в жизни семьи (например, после проведения совместного отпуска).

К психотерапевтическим приемам, наиболее часто применяемым в семейной психотерапии, относятся следующие (Мишина Т. М., 1983):

1) эффективное использование молчания;
2) умение слушать;
3) обучение с помощью вопросов;
4) повторение (резюмирование);
5) суммарное повторение;
6) уточнение (прояснение) и отражение аффекта;
7) конфронтация;
8) проигрывание ролей;
9) создание «живых скульптур»;
10) анализ аудио- и видеозаписей (Perrez M., 1979).

Сторонники расширенного понимания содержания семейной психотерапии считают, что любое индивидуальное психотерапевтическое воздействие на членов семьи, преследующее цель позитивного влияния на семью в целом, можно расценивать в качестве одного из вариантов семейной психотерапии. Это допущение оказывается справедливым, если, выслушивая пациента и выдвигая гипотезу о семейном диагнозе, психотерапевт мыслит категориями целостной семейной структуры и, следовательно, предварительно оценивает, как то или иное воздействие отражается на семейных взаимоотношениях в целом. Кроме того, смысл принципа системности проявляется в свете идеи о «круговой причинности» в семье, т. е. о взаимодетерминированности личности и межличностных отношений, согласно которой стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи — с другой, образуют замкнутый, постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл. Семейная психотерапия является попыткой разрушения

этого цикла и создания конструктивных альтернатив семейного функционирования.

Продолжительность семейной психотерапии, как правило, находится в пределах (с учетом диагностического этапа) от 4–5 психотерапевтических сессий (6–8 часов) до 10–15 сессий (15–24 часа).

Учитывая значительную техническую сложность проведения семейной психотерапии, большинством специалистов она рассматривается как наиболее сложная форма, предполагающая специальную подготовку психотерапевта, проведение ее разнополой парой, необходимость специальных условий и возможностей проведения психодиагностических мероприятий.

ВОП вряд ли сам будет проводить семейную психотерапию. Однако ввиду наличия при многих заболеваниях семейного звена этиопатогенеза ВОП может способствовать обращению своих пациентов за квалифицированной психотерапевтической помощью к специалистам.

Потребность в этом может возникнуть по крайней мере в случаях, когда:

1) обострение заболевания совпадает по времени с ухудшением отношений в семье (с семейными конфликтами, ссорами, изменениями уклада жизни и пр.);
2) в лечении пациента активную роль принимают участие его родственники, а их участие в лечении сопровождается сообщением врачу сведений о семейных конфликтах и трудностях в семье;
3) врач становится свидетелем проявлений конфликтов между членами семьи.

Наличие этих обстоятельств не является прямым показанием к семейной психотерапии, но позволит при необходимости своевременно направить пациента на консультацию к врачу-психотерапевту (семейному психотерапевту).



ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Соотношение психотерапии, фармакотерапии и других методов лечения в работе врача общей практики

Все более широкое признание в медицине и здравоохранении биопсихосоциальной модели болезни заостряет вопрос о соотношении биологических (прежде всего фармакологических), психологических и социальных воздействий в системе лечения больных. При различных заболеваниях, включая психогенные и психосоматические расстройства, в настоящее время применяется сочетание фармакологических, в том числе психотропных, средств и психотерапии. Это объясняется, с одной стороны, несомненными успехами психофармакологии, а с другой — невозможностью в настоящее время удовлетворить потребность в квалифицированной психотерапевтической помощи всех, кому она показана и для кого может быть эффективной, прежде всего из-за больших затрат времени. Напротив, лекарственные препараты доступны, отличаются высокой избирательной активностью и быстротой действия.

Соотношение психо- и фармакотерапии в лечебном процессе определяется в каждом конкретном случае. Оно зависит от черт личности пациента, от сложной мозаики патогенеза, симптоматики, в частности соотношения биологического и психического, стадии заболевания, от воздействия окружающих пациента людей и обстоятельств и других значимых для него факторов.

В клинике неврозов применение фармакотерапии нередко встречало возражения и рассматривалось как своего рода капитуляция психотерапевта перед больным. Исходили из того, что последовательное рассмотрение неврозов как психогенных заболеваний определяет и ведущий метод их лечения — каузальную психотерапию, в то время как психофармакотерапия оказывает при неврозах преимущественно симптоматический эффект.

Хотя психотропные препараты воздействуют в основном на эмоциональное состояние и лишь опосредованно через него — на пато-

генные обстоятельства и личность, существует ряд положительных сторон психофармакотерапии при неврозах. В отличие от приверженцев тезиса о капитуляции перед больным неврозом в случае активного использования психотропных средств, сторонники этих препаратов, не противопоставляя психотерапии фармакотерапию, видят основное назначение фармакотерапии в том, что она «открывает двери для психотерапии». Даже кратковременное ослабление симптомов и улучшение состояния в начале лечения облегчает психотерапевтический контакт.

При том, что фармакотерапию и рассматривают как основной фактор медико-биологического вмешательства, подчеркивают также ее прямые и опосредованные психотерапевтические эффекты. Фармакотерапия содействует психотерапевтическому процессу через реализацию своей специфической биологической активности. Последняя может быть полезной при установлении контакта с больным, для укрепления терапевтической связи, демонстрируя пациенту компетентность врача. Путем ослабления симптомов фармакотерапия может устранить преграды на пути эффективного терапевтического общения, увеличивая степень свободы при изучении пациентами скрытых психологических конфликтов. Лекарственная терапия путем разрушения симптоматических барьеров может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь.

Фармакотерапия воздействует на пациента также посредством плацебо-эффекта. Однако в данном случае речь идет не о традиционном его понимании. В качестве плацебо-эффекта может рассматриваться фармакотерапия или компонент терапии, которые намеренно применяются из-за их неспецифического психологического, психофизиологического эффекта или из-за их предполагаемого эффекта, но без целенаправленного влияния на механизмы болезни. Хотя лекарства, несомненно, применяются против специфических нарушений, они не всегда эффективны, так как диагностические показания не вполне ясны или точны. В тех случаях, когда фармакологическое воздействие не приводит к желаемому симптоматическому облегчению, эффект плацебо от применяемых лекарств может быть использован для дальнейшего терапевтического процесса. Например, пере-

говоры с пациентом о значении лекарства могут заложить основание, на котором строится терапевтическое взаимодействие.

Фармакотерапия может усилить реакции переноса, которые могут возникать и без лекарственной терапии. Требование пациента назначить препарат может выявить лежащие в глубине зависимые или иные переносные взаимоотношения точно так же, как разговор о лекарствах может способствовать выявлению характерных особенностей, имеющих место при межличностных отношениях. Лекарственные предписания помогут понять ключевые динамические процессы, относящиеся к сопротивлению, переносу, контрпереносу, и в целом будут содействовать изменениям в процессе работы.

Основной проблемой комбинированной терапии в клинической практике являются особенности соотношения психотерапии и фармакотерапии при трех группах заболеваний — невротических, психосоматических расстройствах и психозах с учетом различной представленности в их патогенезе биологических и психосоциальных воздействий и той роли, которую приобретает в их лечении современная психофармакотерапия.

Комплексное использование медикаментозной (биологической) терапии и психотерапии необходимо на всех этапах лечения больных с невротическими расстройствами (Александровский Ю. А., 1997). Реализация лечебных эффектов определяется перестройкой функциональной активности системы психической адаптации. В процессе проведения лечебного курса значение психотерапии и фармакотерапии в общем терапевтическом воздействии изменяется в зависимости от динамики состояния пациента. Психотропные средства, оказывая нормализующее влияние на эмоциональную сферу больных, создают условия для быстрого включения и более конструктивного участия пациента в разрешении психотравмирующих ситуаций, вызвавших невротическую декомпенсацию и поддерживающих ее. Таким образом, система психотерапевтических и фармакотерапевтических воздействий может служить той основой, которая обеспечит наилучшие условия для устранения невротического расстройства, соотношение же этих компонентов должно определяться с учетом конкретных обстоятельств. Чем более выражены в сложном его патогенезе биологические механизмы, тем большее значение приобретает фармакотерапия. Вместе с тем при всей важности и перспективности биологиче-

ских видов лечения последние, особенно при хронизированных невротических расстройствах, уступают психотерапии, решающей стратегические задачи достижения более длительного и устойчивого терапевтического результата. Это не исключает того положения, что при достаточном знании патогенеза невротического состояния и целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные его звенья действие фармакологических веществ, по крайней мере в отношении отдельных симптомов и синдромов, может приближаться к патогенетическому.

В связи с задачами общей врачебной практики представляется важным рассмотрение высокой чувствительности больных неврозами к психотропным средствам в двух планах — биологическом и психологическом. Повышенная чувствительность больных, страдающих различными формами неврозов к химическим, а также физическим раздражителям вследствие нарушения при неврозах кортико-гипоталамо-гипофизарных связей, хорошо известна. С одной стороны, это обстоятельство диктует необходимость установления оптимальной дозировки психотропных средств, начиная с самых минимальных доз. С другой стороны, врач должен детально знать психические и сомато-вегетативные сдвиги, вызываемые применяющимися психотропными средствами, чтобы заранее предупредить о них больного и избежать его негативных психологических реакций. Упущение из виду этого обстоятельства нередко «компрометирует» психотропные препараты, что создает серьезные психотерапевтические трудности для их применения, в том числе и в тех случаях, когда назначение их безусловно показано.

Проведение сочетанной психотерапии и фармакотерапии у больных с невротическими расстройствами требует учета как положительных, так и отрицательных аспектов их взаимодействия (Полторак С. В., 1999). Фармакотерапия может оказывать неспецифическое влияние, косвенно потенцирующее психосоциотерапевтические мероприятия. Уменьшая аффективные и сенсорные расстройства, психотропные препараты способствуют успокоению больного, повышению его веры в правильность диагноза и терапии, установлению оптимального контакта с врачом. Ослабление интенсивности симптоматики позволяет врачу в процессе психотерапии сосредоточить внимание пациента на обсуждении его невротических про-

блем, а не симптомов болезни. Реакция больного на фармакотерапию часто становится тонким индикатором его эмоциональных взаимоотношений с психотерапевтом. Пациент может подавлять в себе неудовлетворенность врачом, но она проявится в характере несвойственного данному препарату побочного действия или даже в проявлении эффекта препарата, противоположного ожидаемому.

При неврозах необходимо учитывать исходную установку больного на фармакотерапию. Некоторые больные считают лекарственные средства, особенно новейшие, обязательным условием своего выздоровления. Отрицательное отношение других обусловлено рядом причин: отсутствием результата от применявшихся ранее препаратов, боязнью побочных действий, даже минимальных изменений самочувствия, вызванных лекарствами. Нередко источником негативного отношения больных неврозами к лекарственным препаратам является неправильная информация, полученная от других пациентов, среднего медицинского персонала или при чтении аннотаций, на основании чего делается вывод, что психотропные средства применяются только при психозах — шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и других психических заболеваниях. Адекватная психотерапевтическая коррекция, нередко с компонентами прямой или косвенной суггестии, является непременным условием последующего эффективного использования психотропных средств в общем комплексе лечения больных неврозами. Характер установки больных относительно психотерапии и фармакотерапии зависит также от типа внутренней картины болезни (Ташлыков В. А., 1986). При сомато-центрированном типе (представления больного сосредоточены на предполагаемых им соматических или церебральных причинах его болезни) пациент выше оценивает фармакотерапию, чем психотерапию. Пациентами с психо-центрированным типом внутренней картины болезни (происхождение невроза связывается больным с психической травматизацией) психотерапия рассматривается как ведущий метод лечения. Установка на фармакотерапию, как правило, сочетается со склонностью больных избегать ответственности и самостоятельности в разрешении своих трудностей; она может быть обусловлена такими личностными позициями больных неврозами, как автономность и нежелание выносить на обсуждение

свои внутренние проблемы, а также их стремлением к проведению эффективной краткосрочной терапии. Задача психотерапевта — не следуя предпочтениям больных в отношении того или иного метода лечения, вместе с тем учитывать особенности этих установок в своей терапевтической тактике.

При проведении комплексной терапии невротических расстройств, особенно их затяжных форм, врач нередко оказывается в затруднительном положении. В его поведении в противоречие могут вступить роли «психотерапевта» и «фармакотерапевта». Необходимость снятия остроты эмоционального реагирования пациентов в условиях проведения групповой психотерапии при раскрытии эмоциональной проблематики членов группы приводит к установке врача на отказ от активного применения психотропных средств. В то же время выраженность тревоги, фобических переживаний вегетативных кризов диктует необходимость использования современных психотропных средств и вегетативных гармонизаторов с учетом их высокой избирательной эффективности. В этих условиях выбор транквилизаторов с ограниченным седативным действием становится актуальным и позволяет избежать указанных затруднений.

Широкий диапазон современных психотропных средств и методов психотерапии дает возможность оптимально сочетать их в зависимости от клинической формы невротического расстройства, целей терапии и организационных форм лечебной помощи. Так, в психотерапевтическом кабинете общесоматической поликлиники и психоневрологического диспансера определяющее значение имеют кратковременность и интенсивность психотерапии и практически всегда — сочетание психотерапии с биологической терапией, прежде всего с психотропными средствами. В стационарной комплексной терапии тяжелых, затяжных форм невротических расстройств с частой декомпенсацией больных (при наличии не только субъективно, но и объективно трудной жизненной ситуации) современные психотропные средства часто приобретают важное значение. Хотя вопрос о совместимости психотерапии и современных психотропных средств все еще дискутируется, в целом отмечается тенденция к более активному дифференцированному применению их при неврозах.

Учет соотношения психо- и фармакотерапии при психосоматических заболеваниях (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме и др.) весьма существен в деятельности ВОП и определяется ролью биологических и психосоциальных факторов в их этиопатогенезе.

Представляет интерес соотношение психотерапевтических и лекарственных воздействий при трех вариантах участия психического фактора в развитии данных заболеваний: «ситуационном» (первично-психогенном), «личностном» и «психопатологическом», описанных Ю. М. Губачевым (1996).

При «ситуационном» варианте в центре психотерапии — особенности механизмов психологической защиты, выработка оптимальных форм реагирования в конфликтных ситуациях, характеризующихся абсолютной или относительной неразрешимостью. В связи со сложностью овладения оптимальной стратегией реагирования, требующей длительного психотерапевтического воздействия, целесообразно на первых этапах лечения смягчить патогенное действие эмоционального стресса с помощью психофармакологических средств, увеличивающих адаптационные ресурсы нервной системы. Однако недостаточность фармакологической коррекции эмоциональных расстройств, нежелательность и даже вред длительной редукции эмоциональной сферы требуют проведения дополнительных мероприятий, обеспечивающих защиту вегетативных систем вегетотропными средствами, блокирующими передачу избыточной импульсации на рецепторные аппараты внутренних органов.

При втором, «личностном», варианте длительный гипертрофированный или извращенный тип психологического реагирования дисгармоничной личности является причиной развития хронического эмоционального стресса, роль которого в патогенезе психосоматических расстройств является общепризнанной. Наряду с личностно-ориентированной психотерапией, а также психотерапией когнитивно-поведенческого плана, таким больным показана психотропная и вегетолитическая медикаментозная терапия, смягчающая психоэмоциональное перенапряжение.

При «психопатологическом» варианте важным элементом терапии является дифференцированная с учетом регистра психических

расстройств психофармакотерапия; цели, задачи и приемы психотерапевтических воздействий в этом случае определяются с учетом таковых при психических заболеваниях.

Следует трезво оценивать возможности различных средств лечения на разных этапах становления психосоматической патологии. В функциональной, начальной стадии заболевания психотерапия и психофармакотерапия выполняют функцию основных, а нередко — и единственных методов лечения. Формирование органического соматического дефекта создает условия для аутокинеза (саморазвития) патологического процесса и ограничивает эффективность психотропной терапии, сводя ее к сдерживанию дальнейшего развития болезни. Психотерапевтические воздействия в этом случае играют симптоматическую роль. Это значит, что они в большей степени направлены непосредственно на функциональные «наслоения», на динамические симптомы и в меньшей степени — на патогенетические механизмы развития болезни. При решении вопроса о применении психофармакологических средств при психосоматических заболеваниях для коррекции личностных реакций, уменьшения тяжести эмоциональных расстройств и профилактики дезадаптивных нарушений психической деятельности в условиях, требующих напряжения, необходим тщательный выбор психотропных препаратов, а также четкое определение их оптимальных доз.

В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматическую медицину. Вместе с тем, как отмечается в литературе (Stokvis B.), успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, T. B. Karasu (1979) конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит:

- роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявления;
- личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротив-

ление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.);

- негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов.

Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудноосуществимой.

Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в практику обслуживания больных. Для ВОП встреча с психосоматикой — лишь эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирается в ней и не понимает связанных с ней выгод.

Однако психотерапия, если ставить перед ней реалистические цели, оказывается несомненно полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера. В связи с этим следует заметить, что, поскольку наиболее распространенной в настоящее время остается медицинская (биологическая) концепция заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы: лекарственных, диетических, физических и др.

В механизмах психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии представлены психологические явления различного уровня. К ним в первую очередь относятся **макропсихологические процессы** и процессы массовых коммуникаций. Это тенденции общественного сознания, культурные особенности, коллективные и групповые верования, а также такие явления, как

мода и психологические аспекты действия средств массовой информации. В последнее время все активнее в процессы лечения вмешивается реклама, и ее воздействие нельзя не учитывать.

Помимо макропсихологических на психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии влияют также **микросоциальные процессы**, относящиеся к малым группам, в первую очередь реальным, в которые включен пациент. На этом уровне особое значение приобретает характер взаимодействия в диаде «врач—больной». Сложность и многоплановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повышает его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффектов биологической терапии.

Индивидуально-психологические эффекты психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты.

Однако психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии может рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход. А. Т. Филатов (1975) указывает основные его принципы:

- учет оценочных суждений больного о том лечении, которое врач намерен ему назначить;
- учет мнения пациента о препарате;
- формирование эмоционального положительного отношения больного к предстоящему лечению;
- формирование реакции ожидания лечебного действия препарата;
- потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного;
- дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с приемом препарата;
- аксиологическая переориентация значимости для больного побочных действий препарата;

- коррекция эгротогении;
- формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

Во многих работах, посвященных лечению больных в санаторно-курортных условиях, нередко приводятся обоснования и конкретные методики опосредования и потенцирования лечебных воздействий, в первую очередь физиотерапии, бальнеотерапии, лечебной физкультуры и др.

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой психотерапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Существенным стимулом к продолжающимся попыткам эффективного использования психотерапии в соматической клинике явилось развитие различных форм личностно-ориентированной психотерапии. Это находит отражение не только в зарубежной литературе, психодинамически- и экзистенциально-ориентированной, но и в работах авторов, хотя и отрицающих психогенез этих заболеваний, но в то же время признающих важную роль в их происхождении психосоциальных факторов.

Объектом психотерапии при этом являются психологические факторы патогенеза заболевания:

- интрапсихический конфликт;
- механизмы психологической защиты;
- «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание;
- система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента.

Вопрос о степени участия в лечении больных с непсихотическими пограничными психическими расстройствами ВОП остается в известной степени дискуссионным.

Прошедший дополнительную подготовку ВОП, как это принято во многих странах, может участвовать в лечении значительной части нетяжелых психических расстройств:

- панического расстройства;
- генерализованного тревожного расстройства;
- расстройства адаптации;
- соматоформных расстройств;
- дистимий;
- расстройств, вызванных соматическим заболеванием или лекарством.

Даже лечение нетяжелого рекуррентного депрессивного расстройства в настоящее время проводится ВОП. Американская психиатрическая ассоциация и Всемирная организация здравоохранения разработали специальные программы подготовки врачей терапевтического профиля. Представляет интерес, что результаты лечения таких пациентов ВОП не отличались существенно от их лечения психиатрами (Schulberg H. C. et al., 1998).

Если необходима консультация психиатра, то следует подготовить к этому пациента. Для чего подчеркивается, например, наличие дисстресса, вызванного соматическим, особенно хроническим заболеванием. Указывается, что соматическое обследование и лечение будут продолжены. Наилучшим вариантом следует признать совместную консультацию с ВОП или посещение психиатром соматического учреждения.

Для коррекции психических расстройств в терапевтической клинике обычно применяются антидепрессанты и транквилизаторы. Назначать нейролептики ВОП не следует, так как, являясь наиболее мощной группой психотропных препаратов, при недостаточно квалифицированном назначении они могут привести к нежелательным побочным эффектам и даже к тяжелым последствиям.

При проведении медикаментозного лечения следует учитывать индивидуальную чувствительность пациентов и влияние психотроп-

ных препаратов на течение сопутствующей соматической патологии и действие соматотропных медикаментов.

Участие ВОП в лечении психогенных расстройств требует более тщательной последипломной подготовки этих специалистов в области диагностики, клиники и способов их лечения. Поскольку не существует единой программы подготовки ВОП в области психиатрии и психотерапии, необходимо более тесное сотрудничество учреждений общесоматической сети (консультативное, терапевтическое и учебное) с психиатрическими и психотерапевтическими лечебными, учебными и научными центрами.

Участие медицинских сестер ВОП в психотерапии

В последние десятилетия наметилась выраженная тенденция к усилению роли среднего медицинского персонала в совершенствовании всей системы здравоохранения, что обусловлено различными преобразованиями в области обучения, подготовки медсестер и организации их деятельности на более высоком уровне. Теперь они должны обладать сложными медицинскими, естественнонаучными, а также техническими познаниями и навыками, необходимыми для ухода за больными. В западных странах в соответствии с запросами нашего времени уже в течение многих лет медсестер готовят по расширенным программам, что значительно повышает их статус как фактических помощников врачей. Медсестры выступают в качестве педагогов и активно проводят научные исследования в сфере своей деятельности наравне со специалистами с высшим образованием.

В некоторых медицинских вузах России созданы факультеты подготовки медсестер с высшим образованием, на который принимаются лица, окончившие медицинское училище, с целью дальнейшего профессионального усовершенствования и подготовки к более сложным видам деятельности. Основная задача этих факультетов — выпуск специалистов по организации деятельности медсестер на местах в любом структурном подразделении системы здравоохранения и по обеспечению руководства этим подразделением. Дополнительными их функциями может быть проведение научно-исследовательских раз-

работок в сфере своих профессиональных интересов, а также менеджмент по созданию новых или коммерческих структур в системе медицинской помощи, например специализированных лечебных учреждений, ориентированных на деятельность ВОП и даже, более узко, семейных психотерапевтов.

Для работы в области психотерапии медсестер дополнительно готовят по специальной программе (с учетом многих особенностей их сферы деятельности). В первую очередь они проходят лабораторный тренинг по технологии эффективного взаимодействия с больными. Основанием профессионализма медсестер являются их развитые (натренированные) способности в сфере социальной перцепции, что позволяет активно выслушивать пациентов, оказывать им эмоциональную поддержку. Собранная и структурированная информация о поведении и переживаниях больных записывается в дневнике наблюдений с целью обратной связи. Не менее важным для медсестер, работающих в области психотерапии, является их способность к яркой, отчетливой экспрессии, т. е. к активному, открытому использованию в отношениях с больными всех видов невербальной коммуникации. Это делает поведение медсестер «прозрачным» (понятным) для пациентов без дополнительных эмоциональных усилий с их стороны. И особенно важно, что подобное поведение медсестер можно рассматривать в качестве модели (образца) поведения для больных.

В различных структурных подразделениях психотерапевтической службы медсестры осуществляют комплекс мероприятий по терапии средой, обеспечивающей пациентам общение друг с другом, со-здающей предпосылки для реализации принципов самоуправления в формирующемся сообществе больных, что ускоряет их выздоровление. В общей медицинской практике, в первичном звене здравоохранения, медсестры могут проводить поведенческую психотерапию, например в форме функциональных тренировок поведения, или реализовать ее отдельные элементы в контексте тактики лечения конкретного больного. Во многих случаях они с успехом могут использовать простые формы арттерапии, библиотерапии, а после специальной подготовки им можно доверить занятия по телесно-ориентированной психотерапии, хореотерапии или проведение отдельных психогимнастических упражнений в соответствии с общими задачами лечения больных ВОП.

Невротические расстройства и их лечение

Основные понятия о пограничных нервно-психических расстройствах

Центральным в этой группе заболеваний ввиду его медико-социальной значимости является понятие невроза. Невроз — психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушений особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Невроз характеризуется:

- во-первых, обратимостью патологических нарушений независимо от его длительности, что соответствует пониманию невроза как срыва высшей нервной деятельности, который может продолжаться дни, недели, месяцы и даже годы;
- во-вторых, психогенной природой заболевания, которая определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений личности и патогенной конфликтной ситуацией больного;
- в-третьих, специфичностью клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств (Карвасарский Б. Д., 1990).

Следует коснуться еще трех понятий, существенных в деятельности ВОП: психогений, пограничных состояний и малой психиатрии.

Психогении подразделяются на неврозы, с одной стороны, и реактивные состояния — с другой. Синонимами последних считаются психогенные и ситуационные реакции, которые могут достигать и степени психотических расстройств. По мнению Ю. А. Александровского (1993), в **пограничные нервно-психические расстройства** включаются донозологические невротические состояния, клинически оформившиеся неврозы, психопатии, акцентуации характера, неврозоподобные и психопатоподобные нарушения при соматиче-

ских заболеваниях и некоторые другие, протекающие на «невротическом» уровне. Что касается **«малой психиатрии»**, то к ней предлагается относить все нозологические формы, которые в период болезни находятся вне психотического состояния (или вне состояний, которые к ним могут быть приравнены), с подчеркиванием того, что в эту группу целесообразно включать расстройства не только малой интенсивности, но и малой продолжительности.

В отличие от неврозов, под психопатиями, как врожденными, так и приобретенными, понимается постоянное для личности патохарактерологическое состояние, хотя и имеющее свою динамику. П. Б. Ганнушкиным (1933) и О. В. Кербиковым (1971) основные критерии психопатий были обозначены как тотальность патологических черт характера, их относительная стабильность и более или менее выраженная социальная дезадаптация. Акцентуация характера — это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим (Личко А. Е., 1985). В отличие от психопатий при неврозах страдает лишь часть личности (парциальность); сохраняется критическое отношение к болезни, отсутствующее при психопатиях; при неврозах определяющее значение приобретают прижизненные средовые влияния.

Принципы дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств в общей врачебной практике

Изучение природы неврозов в историческом аспекте проходило стадию негативной и позитивной их характеристик. Дальнейшее развитие учения о природе неврозов оказалось невозможным без попыток синтеза данных об их биологических, психологических и социальных механизмах, выступающих в неразрывном динамическом взаимодействии. Вот почему клиническая диагностика неврозов на-

стоятельно требует и сегодня учета критериев как негативной, так и позитивной диагностики в их взаимосвязи.

Согласно принципу негативной диагностики, к неврозам следует относить только те заболевания, при которых отсутствуют органические изменения со стороны нервной системы и внутренних органов — изменения, которые могут трактоваться как причина заболевания. Принципиальная недостаточность понятия негативной характеристики невроза требует, однако, уточнения. Она правомерна применительно к диагностике неврозов, осуществляемой на основании только негативных характеристик. Что касается самого этого понятия, то ценность его очевидна по крайней мере в двух аспектах:

- во-первых, в плане нацеленности врача на возможно более полное исследование больных с нарушениями, диагностируемыми как неврозы, ввиду отсутствия в трудных случаях четких границ между неврозами и неврозоподобными расстройствами непсихогенной природы и в связи с трудностями разграничения по одним лишь симптоматическим проявлениям;
- во-вторых, с учетом того, что тщательное клинико-лабораторное исследование позволяет установить природу и значение органического компонента при сочетаниях неврозов с другими заболеваниями, а также во многих случаях особенно тяжело протекающих неврозов выявить органическую «почву», облегчающую возникновение невротического срыва и участвующего в формировании клинических симптомов невроза.

Применение в необходимых случаях методов прижизненного морфологического исследования свидетельствует о том, что в современной клинике неврозов их негативная характеристика играет важную роль в клинической дифференциации неврозов, «смешанных» форм и неврозоподобных состояний.

Содержанием принципа позитивной диагностики неврозов является установление психологически понятной связи между клинической картиной невроза, особенностями личности больного и психотравмирующей ситуации, послужившими источником невротической декомпенсации.

Крайние представления относительно позитивной диагностики неврозов исходят из представлений о том, что вся клиническая карти-

на неврозов может быть выведена из одних лишь личностно-психологических механизмов. Что касается любого соматического исследования, то получаемая с его помощью информация рассматривается в этом случае как принципиально безразличная для понимания клиники, генеза и терапии невротических расстройств.

Хорошо известны неадекватные попытки позитивной характеристики неврозов, идущие от фрейдизма. Общее, что их объединяет, — это представление о неврозе и его психогенезе как о материализации вытесненных в бессознательное биологических влечений, прежде всего сексуальных и агрессивных, при игнорировании реальной ситуации и социально значимых личностных характеристик. Некоторые специфические точки зрения на природу неврозов связаны с бихевиоризмом, экзистенциализмом, гуманистической психологией и др. В распространенной в настоящее время концепции бихевиоризма существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного процесса научения.

Согласно взглядам экзистенциалистов, невроз, подобно другим психическим расстройствам, представляет собой только «особую форму отчужденного существования больного». Для представителей гуманистической психологии невроз — следствие неудовлетворения имманентно присущей каждому человеку потребности в самоактуализации.

В отечественной литературе понятие позитивной диагностики опирается на работы В. Н. Мясищева, его учеников и последователей. Сущность позитивной диагностики вытекает из признания категории «психогенного», включающей в себя следующие основные положения:

1) психогения связана с личностью больного, с психотравмирующей ситуацией, трудностью этой ситуации, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее;
2) возникновение и течение невроза более или менее связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации;
3) клинические проявления невроза по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и пере-

живаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний;
4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями.

Сложность природы невроза в полной мере раскрывают трудности его диагностики. Сформулированная выше задача диагностики неврозов может быть успешно решена при использовании собственно клинического метода и данных дополнительных исследований, среди которых существенная роль принадлежит психологическому методу. Многофакторное и в то же время целостное понимание патогенеза неврозов в значительной степени определяет специфику клинического метода. При неврозах клинический метод в большей мере, чем при других заболеваниях, органически включает в себя клинико-психопатологический, клинико-психологический и клинико-социальный подходы.

Важнейшее значение в патогенетической и дифференциальной диагностике неврозов принадлежит **клинико-психопатологическому методу**. Это необходимо подчеркнуть, так как диагностическую и лечебную помощь больным неврозами часто оказывают не только психиатры, но и врачи других специальностей, и ВОП, не имеющие достаточной подготовки по психопатологии. По Г. К. Ушакову, современный клинико-психопатологический метод не ограничивается описанием симптомов и синдромов. Он включает в себя:

- сравнение;
- сопоставление;
- установление отличий;
- идентификации;
- выяснение закономерностей, последовательности формирования и смены симптомов, синдромов, этапов;
- клинические варианты болезни;
- особенности течения болезни у разных лиц;

- особенности течения на различных этапах болезни у одного и того же больного.

Такое понимание клинико-психопатологического метода особенно характерно для пограничной психиатрии и входящей в нее области неврозов ввиду сложности клинических проявлений последних и трудностей дифференциации от других форм.

Наряду с клинико-психопатологическим обследованием больных столь же существенное значение при неврозах приобретает **метод патогенетического анализа**, основанный на тщательном анамнестическом изучении истории развития болезни в соотношении с историей развития личности больного, прежде всего особенностями его эмоционального реагирования, спецификой формирования, структурой и функционированием его системы отношений. Материалом для патогенетического анализа являются сведения, полученные из анамнеза, а также в процессе психотерапии.

При обследовании больного неврозом должно быть обращено внимание на:

- наследственную отягощенность нервно-психическими и соматическими заболеваниями, особенности раннего детского развития;
- воспитание;
- психические травмы детского возраста;
- первые социальные контакты и их характер;
- особенности сексуального развития;
- семью больного;
- микросоциальные контакты и степень их нарушения;
- образование и удовлетворенность им;
- трудовую деятельность до и после начала болезни;
- преморбидные черты характера и темперамента;
- перенесенные заболевания в различные возрастные периоды;
- характер патогенной ситуации;
- особенности течения невроза и др.

В анамнезе больных неврозами важна не сама по себе констатация характера основных жизненных ситуаций (семейной, бытовой, производственной, социальной), а степень удовлетворенности ими боль-

ного. Так, например, объективно вполне удовлетворительные жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, социально-трудовое положение в субъективном плане могут являться источником постоянной фрустрации для больного. Этим не преуменьшается реальная ценность и необходимость в каждом случае заболевания неврозом дополнения так называемого субъективного анамнеза объективными сведениями о больном от родственников и знакомых, характеристиками с места работы, данными социального обследования, проводимого медицинскими работниками. Последние оказываются необходимыми для объективной характеристики системы личностных отношений больного и оценки степени нарушения наиболее значимых из них.

При наличии доминирующих невротических синдромов существенное значение в диагностике приобретает выяснение особенностей системных соматических нарушений, расстройств сна, головной боли, профессиональных дискинезий и др., для чего врач, конечно, должен знать роль наиболее часто встречающихся этиологических и патогенетических факторов и условий развития отдельных синдромов.

В связи с представлениями о первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмах развития неврозов следует подчеркнуть важность психосоциального аспекта позитивной диагностики, отражающего настоящую жизненную ситуацию больного, взаимоотношения его с окружающими, их требования по отношению к больному, способы разрешения больным патогенной ситуации, характер используемых защитных психологических механизмов.

Большое значение при неврозах приобретает клинико-катамнестическое исследование, позволяющее осуществлять динамическое изучение неврозов и других пограничных расстройств. Опыт диагностической работы в области неврозов показывает, что в некоторых случаях убедительная диагностика и дифференциальная диагностика неврозов могут быть проведены лишь с учетом данных катамнестического наблюдения за больным.

С целью последовательной негативной диагностики с помощью клинических и лабораторных исследований должны быть исключены заболевания внутренних органов и нервной системы органической природы либо при наличии психогении должна быть уточнена

их роль в общей структуре заболевания. Поэтому большое значение в клинике неврозов имеют тщательное общесоматическое и неврологическое обследование с проведением необходимых лабораторных исследований.

При осуществлении задач негативной диагностики с привлечением других специалистов ВОП должен предотвратить возникновение ситуации «медицинского лабиринта», когда больного невролог направляет на консультацию к терапевту, терапевт, в свою очередь, — в клиническую лабораторию, рентгеновский кабинет, затем к эндокринологу, последний вновь возвращает больного к терапевту и т. д. Помимо ятрогенного воздействия подобной ситуации, она удлиняет диагностический период и задерживает проведение лечебных мероприятий.

В последние десятилетия по мере все большего осознания значения психологии для медицины резко возросло число психологических исследований в ряде теоретически и практически значимых областей современной медицины — в клинике нервно-психических, особенно психогенных, заболеваний, при изучении психосоматических расстройств, в реабилитационной и психотерапевтической практике.

Психологическая диагностика осуществляется клиническим (медицинским) психологом с применением клинико- и экспериментально-психологических методов, причем выбор их определяется концепцией этиологии и патогенеза, в том числе психологических механизмов психогенных заболеваний человека.

Основные синдромы и клинические формы невротических расстройств

Невротические синдромы

Фобический синдром. Невротические фобии представляют собой навязчивые переживания страха с четкой фабулой, обостряющегося в определенных ситуациях, при наличии достаточной критики. Другая особенность невротических фобий — яркий, образный, чувственный их характер. Обычно эти состояния переживаются больным чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения

к ним — продолжающегося переживания страха при понимании его необоснованности.

Существенным признаком невротических фобий является выраженный компонент борьбы с ними. Невротические фобии нередко сопровождаются защитными действиями — ритуалами, содержание и смысл которых, как правило, психологически понятны. Значительные затруднения нередко возникают в дифференциальной диагностике фобий при неврозах и шизофрении, в особенности при вялотекущей шизофрении. Необходимо подчеркнуть характерную динамику фобий при шизофрении: через несколько лет после их появления фобии становятся инертными, в определенной мере систематизированными вследствие раннего присоединения однообразных моторных и идеаторных ритуалов. При этом происходит быстрое побледнение аффективной окраски фобий, утрачивается компонент борьбы с навязчивыми страхами вне зависимости от их тяжести. В дальнейшем стремление к выполнению ритуалов начинает доминировать, приобретая сверхценный характер.

Обсессивный синдром. В рамках этого синдрома различают навязчивые мысли, представления, действия, желания. Все обсессии при неврозах сопровождаются тягостным аффективным состоянием, определяющимся бессилием перед ними. Нередко больные не отдают себе отчета в том, от чего им тяжелее: от навязчивых мыслей или осознания своей беспомощности в их преодолении. Обсессии в изолированном виде при неврозах почти не встречаются. Как правило, они входят в сложную структуру фобического синдрома и имеют при этом охранительно-ритуальный характер. Так, например, больной испытывает навязчивое желание повторять определенные слова или считать какие-либо предметы, чтобы не заболеть раком или другой опасной болезнью.

В большинстве случаев обсессии в изолированном виде встречаются при психопатии (психастенической или ананкастной), а также органических поражениях головного мозга и процессуальных заболеваниях. В последних случаях они отличаются известной стереотипией, бледностью эмоциональных компонентов, отсутствием борьбы с ними и нередко приобретают черты насильственности.

Синдром невротической депрессии. Он всегда возникает психогенно и в своих симптомах отражает психотравмирующую ситуа-

цию. Основным его компонентом является сниженный фон настроения, не доходящий до степени тоски. Сниженное настроение может сочетаться с астенией, легкой тревогой, ухудшением аппетита и бессонницей. Пессимистическое отношение больного носит не генерализованный характер, а ограничено лишь зоной конфликтной ситуации. Больной понимает связь своего состояния с переживаемыми психотравмирующими моментами, имеется выраженный компонент борьбы с болезнью. Описанные проявления невротической депрессии встречаются при различных формах неврозов и часто сочетаются с другими невротическими симптомами. В отличие от эндогенной депрессии, отсутствуют суточные колебания настроения, хотя иногда к вечеру под влиянием утомления настроение ухудшается. Нет психической и моторной заторможенности, идей самообвинения, суицидальных тенденций и других симптомов эндогенной депрессии. В клинике неврозов депрессивный аффект, являясь основным в картине болезни, выступает часто в виде тревожно-депрессивного и астено-депрессивного синдромов.

Ипохондрический синдром. Им обозначаются состояния, отличающиеся чрезмерной заботой и беспокойством больного о своем здоровье в целом или об отдельных органах и системах своего тела.

Одной из наиболее типичных особенностей этого синдрома является резко выраженная диссоциация между массой разнообразных жалоб и незначительностью либо полным отсутствием констатируемых соматическими методами исследования причин для их возникновения. В структуре ипохондрического синдрома при неврозах, как и при других нозологических формах, можно выделить несколько обязательных компонентов: неприятные или болезненные ощущения, эмоционально-аффективные нарушения и своеобразные расстройства мышления. При неврозах, развившихся на фоне остаточных явлений органических заболеваний головного мозга, или при сочетаниях неврозов с органической церебральной патологией преимущественно диэнцефальной локализации ипохондрический синдром выступает как сенесто-ипохондрический. В то время как у больных неврозами одним из основных компонентов ипохондрического синдрома являются ощущения, обусловленные постоянным прислушиванием к деятельности «пораженного органа» или физиологическими изменениями в деятельности различных органов или систем, то в рассматриваемом

синдроме таким компонентом являются сенестопатии. При этом сенестопатии выступают в виде как парестезии, так и других полиморфных ощущений (термических, патологических ощущений натяжения и спазмов и др.). В сенесто-ипохондрическом синдроме сенестопатии всегда сочетаются с выраженными аффективными нарушениями, чаще принимающими характер тревоги и пароксизмов страха, а также с тяжелыми фобиями. Патологические идеи в рамках сенесто-ипохондрического синдрома, будучи образными и чувственно конкретными, выступают в виде сверхценных идей и обсессий ипохондрического содержания.

Астенический синдром. При неврозах характеризуется прежде всего следующей триадой болезненных нарушений: собственно астенией, вегетативными проявлениями, в том числе головной болью, расстройствами сна. Признаками гиперстенической формы являются повышение раздражительности, несдержанность, нетерпеливость. Имеющаяся повышенная активность беспорядочна, отсутствует ее целенаправленность, больные легко переходят от одного вида деятельности к другому. Однако ввиду отсутствия достаточных сил каждый из этих видов деятельности остается незавершенным. Противоположная форма астении — гипостеническая — отличается прежде всего более выраженным компонентом собственно астении, как психической, так и физической. У больных снижается работоспособность и интерес к окружающему. Они постоянно чувствуют себя усталыми, вялыми, иногда сонливыми. Форма раздражительной слабости занимает промежуточное положение. При ней наблюдается повышенная возбудимость и в то же время слабость, истощаемость, а также легкие переходы от гиперстении к гипостении, от чрезмерной активности к апатии.

Выше перечислены невротические синдромы преимущественно психопатологического характера. С учетом клинического патоморфоза неврозов для ВОП большое значение приобретает своевременная дифференциальная диагностика соматовегетативных расстройств при неврозах.

Вегетативные нарушения в клинике неврозов проявляются в виде вегетативной дистонии и кризов. При вегетативной дистонии нарушения носят симпатический, парасимпатический либо смешанный характер.

При симпатикотонии отмечаются следующие симптомы:

- учащение пульса;
- повышение артериального давления;
- бледность и сухость кожных покровов;
- уменьшение саливации;
- сухость во рту;
- усиление пиломоторного рефлекса («гусиная кожа»);
- тенденция к повышению температуры тела;
- зябкость конечностей и др.

Кроме того, для симпатикотонии типичен ряд дополнительных показателей:

- усиление ортостатической пробы;
- отрицательный рефлекс Даньини—Ашнера;
- белый дермографизм и пр.

Для вегетативной дистонии с преобладанием тонуса парасимпатического отдела, которая встречается при неврозах значительно реже симпатикотонии, напротив, характерно:

- замедление пульса;
- понижение артериального давления;
- повышение саливации;
- усиление перистальтики кишечника;
- выраженный длительный красный дермографизм.

Следует подчеркнуть, что состояния тотальной симпатикотонии и парасимпатикотонии при неврозах практически не встречаются. Как правило, речь идет о смешанных расстройствах, где преобладают нарушения симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, чаще первого. У больных неврозами на фоне описанных проявлений дистонии наблюдаются вегетативные кризы. Обычно нетрудно установить взаимосвязь между развитием криза и эмоциональным напряжением. Последним в значительной мере определяется и частота кризов у этих больных, которая может быть самой различной. Длительность вегетативных

кризов также весьма различна — от нескольких минут до нескольких часов, но чаще в пределах одного часа.

Вегетативные кризы могут быть симпато-адреналовыми, ваго-инсулярными и смешанными. Симпато-адреналовые кризы выражаются в:

- учащении пульса;
- болях и неприятных ощущениях в области сердца;
- повышении артериального давления;
- бледности кожных покровов;
- онемении и похолодании конечностей;
- нередко ознобе.

При ваго-инсулярных кризах больные испытывают:

- «замирания» в области сердца;
- ощущения перебоев;
- чувство давления в грудной клетке;
- ощущение недостатка воздуха;
- иногда удушье;
- неприятные ощущения в эпигастральной области;
- усиление перистальтики;
- ощущение жара;
- потливость;
- полиурию;
- отмечается гиперемия кожных покровов.

В случаях смешанных кризов либо с самого начала в структуре вегетативного пароксизма сочетаются проявления нарушений симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, либо в динамике криза отмечаются две фазы: криз, начавшийся как симпатический, в дальнейшем переходит в парасимпатическую фазу.

Как правило, в структуру вегетативного криза включаются состояния тревоги и страха. К этим нарушениям при повторении кризов часто присоединяются вторичные аффективные расстройства в виде различных фобий (кардиофобии, инсультофобии и др.), подавленно-

го настроения, в отдельных случаях сопровождающегося плачем и даже рыданиями.

Дифференциальная диагностика между вегетативным кризом при неврозах и вегетативными пароксизмами органической природы основывается на том, что для последних характерны стереотипное построение диэнцефального припадка, определенная периодичность его с более значительной выраженностью как симпато-адреналовых, так и ваго-инсулярных компонентов и постприпадочной декомпенсации в виде общей слабости, разбитости, которые могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней.

Основные клинические формы невротических расстройств

Неврастения

Для клинической картины неврастении весьма характерны общеневротические или нервно-психические нарушения, бессонница и головная боль, а также различные вегетативные и висцеральные симптомы. Из общеневротических расстройств при неврастении обычно наблюдаются повышенная утомляемость, некоторое ухудшение основных психических функций, прежде всего памяти и внимания, повышенная раздражительность и неустойчивое настроение.

Эмоционально-аффективные нарушения могут приобретать депрессивную окраску и по мере развития заболевания иногда достигают степени синдрома невротической депрессии. К нередким проявлениям клинической картины неврастении следует относить симптомы ипохондрического характера, которые при этой форме невроза выступают в виде астено-ипохондрического и депрессивно-ипохондрического синдромов. Часто при неврастении наблюдается бессонница в виде пресомнических расстройств и легких форм диссомнии, а также головная боль мышечного типа. Практически облигатными симптомами неврастении следует считать вегетативные расстройства, проявляющиеся в виде зябкости конечностей, общего и дистального гипергидроза, лабильности пульса с наклонностью к тахикардии. Частыми симптомами являются равномерное повышение сухожильных рефлексов, дрожание век и пальцев вытянутых рук, боли в мышцах, гиперестезия отдельных участков кожных

покровов и др. В ряде случаев отмечаются более выраженные вегетативные нарушения в виде вегетативных кризов. Существенное значение среди клинических проявлений неврастении имеют сексуальные расстройства, у мужчин это преждевременная эйякуляция и ослабление эрекции, а также некоторое снижение полового влечения. У женщин — снижение полового влечения, неполное ощущение оргазма, иногда аноргазмия. Для рассматриваемой формы невроза характерны многообразные расстройства висцеральных функций. Следует отметить, что если не обязательным, то наиболее типичным для неврастении является астенический синдром, что дало основание ряду авторов определять неврастению как астенический невроз.

Особенностью личности, способствующей во многом развитию неврастении, является стремление к чрезмерным, превышающим реальные возможности усилиям в основных видах деятельности. Эти особенности чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к успеху без реального учета сил и возможностей индивида. Конфликтная патогенная ситуация, наиболее типичная для неврастении, представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой. В определенной степени способствуют возникновению данного типа конфликта высокие требования, предъявляемые условиями возрастающего темпа и напряжения современной жизни. Утомление и переутомление, которым многие авторы придают значение самостоятельного этиологического фактора при неврастении, правильнее рассматривать как следствие отмеченных выше особенностей личности и патогенной конфликтной ситуации, характерных для данной формы невроза.

Истерический невроз

Существующие в литературе описания истерии обычно отражают классические представления о клинике этой формы невроза. Однако изменения клинических проявлений истерии в последние десятилетия создают определенные трудности в диагностике заболевания.

Убедительный дифференциальный диагноз истерии должен основываться на трех основных критериях:

1) клиническая картина;
2) особенности личности;
3) своеобразие патогенной конфликтной ситуации.

Чрезвычайно сложная и пестрая симптоматика истерии схематично может быть сведена к нескольким группам болезненных проявлений, к которым следует относить психические расстройства, моторные, сенсорные и вегетативно-висцеральные нарушения. В то время как психические нарушения при истерии в виде психогенных амнезий различной степени выраженности, истерических галлюцинаций и сумеречных состояний в последнее время стали встречаться значительно реже, гораздо большее практическое значение приобрели эмоционально-аффективные расстройства, фобии, астении и ипохондрические проявления. Истерические эмоционально-аффективные расстройства чаще всего выступают в виде колебаний настроения, снижения его, страхов. Общими особенностями указанных нарушений, как правило, являются небольшая глубина, демонстративность, наигранность переживаний и совершенно определенная ситуативная их обусловленность. К двигательным нарушениям при истерии относятся судорожные припадки, параличи и парезы, в том числе и такая своеобразная их форма, как астазия-абазия, гиперкинезы, контрактуры, блефароспазм, афония и мутизм. Из сенсорных нарушений и расстройств чувствительности наиболее характерными для рассматриваемой формы невроза являются истерическая слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса, а также нарушения чувствительности в виде гипестезий, анестезий, гиперестезии и парестезий.

Несмотря на то что двигательные, сенсорные и чувствительные симптомы высокоспецифичны, а некоторые из них даже патогномоничны, дифференциально-диагностическая ценность их снижается в связи с относительным уменьшением их частоты в клинике современной истерии. Многие авторы не без основания указывают, что при истерии выразительно-демонстративные клинические проявления в виде судорожных припадков, параличей, нарушений, симулирующих патологию органов чувств, и других уступают место вегетативно-висцеральным расстройствам, которые в значительной степени обусловлены склонностью больных к задержке внешних проявлений резких эмоциональных реакций, с преобладанием формы реагирования в виде ин-

тимного страдания. К числу вегетативно-соматических клинических проявлений истерии следует отнести нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, вегетативные и сексуальные расстройства.

При установлении диагноза истерии кроме рассмотрения клиники существенное значение приобретает учет личностных особенностей больных. Больные истерическим неврозом отличаются повышенной чувствительностью и впечатлительностью, внушаемостью и самовнушаемостью, неустойчивостью настроения. Будучи эгоистичными и эгоцентричными, они склонны привлекать к себе внимание окружающих, что является проявлением одной из основных тенденций истерической личности — требования признания. В отличие от истероидной психопатии личностные особенности у больных истерическим неврозом характеризуются меньшей выраженностью, не приводят к снижению социально-этического уровня больных и всегда являются следствием влияния прижизненных факторов, выступающих в виде определенных вариантов неправильного воспитания. С одной стороны, это обстановка изнеживающего воспитания, беспринципной уступчивости больному, когда ему «все позволено», неоправданное подчеркивание существующих и несуществующих достоинств, положительных качеств, что приводит к неадекватному завышению уровня притязаний. В дальнейшем такие лица лишаются способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

Особенности характера, присущие истерии, могут формироваться, с другой стороны, в иных условиях, в обстановке грубодеспотического, подавляющего воспитания. При этом типе воспитания начинают преобладать недоверчивость, озлобленность, тенденция противопоставлять себя окружающим. Личностные особенности больных истерией обусловливают весьма характерный для этой формы невроза тип патогенного конфликта, который следует иметь в виду в качестве третьего критерия при диагностике истерической формы невроза. Этот конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий. Его отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению.

Невроз навязчивых состояний

Из всего многообразия фобий в клиническую картину невроза навязчивых состояний чаще включаются следующие виды навязчивых страхов (фобий):

- кардиофобия — навязчивый страх за состояние своего сердца;
- канцерофобия — навязчивый страх заболевания раком;
- танатофобия — навязчивый страх смерти;
- лиссофобия — навязчивый страх сумасшествия;
- оксифобия — навязчивый страх острых предметов;
- агорафобия — навязчивая боязнь открытых пространств (площадей, широких улиц и пр.);
- клаустрофобия — навязчивая боязнь закрытых помещений;
- гипсофобия — навязчивый страх высоты;
- мизофобия — навязчивый страх загрязнения;
- эрейтофобия — навязчивый страх покраснения.

Относительно более редким, но весьма типичным клиническим проявлением невроза навязчивых состояний являются обсессии. К ним относятся навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия, которые, помимо навязчивого компонента, характеризуются сознанием их болезненности и критическим к ним отношением. Одной из весьма распространенных разновидностей навязчивых действий являются ритуалы. Ритуалы — это навязчивые движения и действия, которые всегда сопровождаются навязчивыми сомнениями, опасениями и страхами. Они производятся больными вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья и имеют защитный, охранительный характер.

Так же как и при истерическом неврозе, убедительная дифференциальная диагностика невроза навязчивых состояний требует, помимо учета клинической картины этого заболевания, привлечения и двух других критериев — особенностей личности и специфики психогении.

Невроз навязчивых состояний как отдельная форма развивается не только при наличии психастенических черт характера, таких как неуверенность в себе, нерешительность, мнительность, боязливость,

но и у лиц без таковых. В этих случаях при внимательном изучении больных выявляются своеобразные особенности их личности в виде сочетания повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности при склонности к задержке внешних проявлений своих эмоций, что приводит к постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах. Этому также способствует в значительной степени склонность больных к самовнушению.

Приведенные ранее особенности личности больных неврозом навязчивых состояний являются обычно результатом неправильного воспитания в обстановке чрезмерной опеки, оберегания, запугивания, подавления самостоятельности и лишения собственной инициативы. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований. Чаще подобное воспитание способствует формированию чувства собственной неполноценности, противоречивых жизненных установок и приводит к отрыву их от жизни, формированию нереальных, далеких от действительности моральных принципов.

Противоречивые внутренние тенденции, выражающиеся в борьбе между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями, представляют собой типичную основу для возникновения невроза навязчивых состояний. В этих случаях личность колеблется и между двумя противоположными тенденциями: если одна из них становится доминирующей, продолжая встречать противодействие другой, то создаются благоприятные возможности для возникновения невроза навязчивых состояний.

Невротические расстройства внутренних органов (соматоформные вегетативные дисфункции)

Выше перечислены невротические синдромы преимущественно психопатологического характера. С учетом клинического патоморфоза неврозов для ВОП большое значение приобретает своевременная и дифференциальная диагностика соматовегетативных расстройств при неврозах, основные синдромы которых излагаются далее.

Невротические расстройства сердечно-сосудистой системы

Расстройства сердечной деятельности являются наиболее распространенной формой психогенных висцеральных нарушений.

Актуальность дифференцированного анализа клинических проявлений определяется их тяжестью, трудностью отграничения от соматической патологии сердца и нередкой терапевтической резистентностью.

Клиническая картина психогенных нарушений сердечной деятельности при всем их многообразии представлена двумя основными синдромами: **кардиалгическим и синдромом нарушения сердечного ритма**. Причем собственно нейрокардиальные нарушения всегда сочетаются с кардиофобией либо с фиксированными, доминирующими или сверхценными идеями возможной смерти от «остановки» сердца.

При кардиалгическом синдроме отмечаются жалобы на разнообразные болевые ощущения в области сердца, обычно тупые, ноющие или колющие, локализующиеся в области верхушки сердца, а не за грудиной, как при стенокардии. В некоторых случаях болевые ощущения носят разлитой характер и возникают затруднения в их локализации. Боли чаще не проводятся в другие области, хотя иногда и иррадиируют в левое плечо, редко — в область левой лопатки. Боль обычно продолжительна, длится часами, может иметь постоянный характер.

При дифференциальной диагностике с ангиозными болями следует иметь в виду, что при невротической кардиалгии, как правило, боль является следствием не физической нагрузки, а эмоционального напряжения. Спазмолитики, в том числе и нитроглицерин, обычно не снимают боли. Лучший эффект оказывают седативные средства и различные суггестивные психотерапевтические приемы. Своеобразной разновидностью описываемого синдрома является кардиосенестопатический синдром. Больные при этом или просто ощущают свое сердце как инородное тело, или испытывают ощущения «замирания», сжатия, жжения, онемения, переливания, уколов и др. Локализуются эти ощущения неопределенно либо в области левого соска. При выраженных сенестопатиях необходима дифференциальная диагностика невротического расстройства с эндоген-

ной, органической и иной психической патологией вне невротического психопатологического регистра.

Наиболее частым психопатологическим компонентом кардиалгического синдрома являются фобии, что дает основание некоторым авторам рассматривать психогенные нарушения сердечной деятельности как кардиофобический синдром. Уже на первых этапах состояние больного характеризуется возникновением настороженности в отношении сердца в связи с появлением необычных для здорового состояния сердечных ощущений. Подобные представления в силу психологической оценки сердца как органа, важнейшего для сохранения жизни, оказываются искаженными в сторону преувеличения опасности заболевания и ведут к возникновению впоследствии собственно страха смерти. Под влиянием этих представлений определенным образом меняется поведение больных. Они начинают контролировать работу своего сердца, постоянно проверяя пульс, в отдельных случаях пользуются для этого даже фонендоскопом. По мере развития болезненного состояния первичный страх смерти приводит к появлению вторичных страхов, которые также могут приобретать характер фобий.

Одна группа этих вторичных страхов в своей основе имеет стремление больных уклониться от таких действий, которые, по их мнению, могут ухудшить работу сердца. Это чаще всего страх физических нагрузок, перегревания или переохлаждения, употребления алкоголя, курения и т. п.

Другая группа обусловлена тенденцией больных избегать ситуаций, в которых невозможно или затруднительно оказание экстренной медицинской помощи. Больные избегают находиться в одиночестве в квартире или прекращают посещение кино, театров и других общественных мест, а в тех случаях, когда они и посещают таковые, то занимают место в крайних рядах поблизости от выхода. Многие больные пользуются валидолом, нитроглицерином и стараются постоянно иметь их при себе. Навязчивые страхи носят яркий образный характер.

Фабулированию страха во многом способствуют ятрогении, многократные обследования с установлением нередко противоречивых диагнозов, случайные наблюдения смерти от инфаркта миокарда. Своеобразием синдрома является то, что лишь в части случаев фобия проявляется в классическом виде с полной критикой и пониманием

необоснованности своих страхов. Нередко на высоте аффекта критика утрачивается. Кроме фобий в структуру кардиалгического синдрома включаются фиксированные, доминирующие и сверхценные идеи смерти от сердечного заболевания, хотя, естественно, последние при неврозах встречаются значительно реже, чем кардиофобия.

Психогенные расстройства сердечного ритма проявляются чаще всего сердцебиением. Примерно в половине случаев этому соответствует и объективно устанавливаемая тахикардия. Ощущения сердцебиения могут не сопровождаться учащением пульса или изменением сердечного ритма, т. е. имеют чисто субъективный характер. При этом больные испытывают отчетливые ощущения ударов сердца о грудную клетку. Сердцебиения обычно связаны не с физической нагрузкой, а с эмоциональным напряжением. Очень часто в состоянии физического покоя, в условиях, облегчающих возможность сосредоточения на своих ощущениях, сердцебиения становятся особенно мучительными. Они могут быть как приступообразными, так и постоянными.

Другим симптомом психогенных нарушений сердечного ритма является экстрасистолия. В таких случаях больные испытывают ощущения «замирания» и перебоев в работе сердца. Замедления сердечной деятельности (брадикардия) встречаются редко.

Невротические расстройства дыхания

Своеобразие их клинических проявлений и тяжесть субъективных переживаний объясняют необходимость их дифференциального диагноза с соматической патологией. Среди различных форм функциональной патологии дыхания при неврозах следует выделить **нарушения ритма дыхания и ларингоспазм**. Уже на ранних стадиях возникновения дыхательных расстройств вторично возникают мысли об опасности страдания, принимающие характер фиксированных или доминирующих идей с последующим развитием фобического синдрома — страха смерти от удушья. Наиболее типичным для психогенных дыхательных расстройств является синдром нарушения ритма дыхания, при котором больные утрачивают ощущения полноценности вдоха, для преодоления чего делаются более глубокие вдохи, форсируются дыхательные движения и тем самым вызывается искусственная гипервентиляция. В результате возникает комплекс со-

путствующих гипервентиляции ощущений в виде легкого головокружения, подташнивания и того, что наиболее типично для этих больных и обычно пугает их, — отсутствия потребности во вдохе.

Возникновение и развитие такой дизритмии сопровождается задержками в дыхании, длительными паузами между дыхательными движениями и периодическими глубокими вдохами, не приносящими больным облегчения. В связи с утратой непроизвольности дыхания больные начинают постоянно контролировать его, чувствуют неправильность его ритма, не могут отвлечься от неприятных ощущений, сопровождающих акт дыхания. Они стремятся глубоко дышать, стараются искусственно исправить нарушенный ритм дыхания, для чего как бы помогают ему, совершая дополнительные движения головой, шеей, руками и пр. Нарушения ритма дыхания часто сочетаются с психопатологическими расстройствами, наиболее существенными из которых являются:

- крепнущее со временем убеждение в серьезности заболевания;
- мысли о неполноценности дыхания, о кислородном голодании;
- чувство тревоги и страха смерти от удушья;
- а иногда и выраженное угнетение настроения.

Своеобразным вариантом нарушения ритма дыхания, характерным для истерического невроза, являются приступы частого, поверхностного дыхания, проявляющегося в момент нервно-психического напряжения и иногда имитирующего приступ бронхиальной астмы. Однако, в отличие от последнего, при аускультации сухие хрипы не выслушиваются, выдох не удлинен.

Другим клиническим синдромом невротического расстройства дыхания является ларингоспазм. Внезапно появляется спастическое сокращение мышц гортани, препятствующее свободному прохождению воздуха по дыхательным путям. Для ларингоспазма характерно острое начало, чаще всего связанное с каким-либо психотравмирующим переживанием. Поводом к развитию ларингоспазма обычно является попадание пищи в дыхательные пути при торопливой еде, внезапном испуге, при неприятном разговоре, ссоре и т. п. Попадание инородного тела в дыхательные пути вызывает спазм мышц гортани с кратковременной остановкой дыхания и последующим резким кашлем, что воспринимается как приступ удушья и со-

провождается страхом. В дальнейшем каждый раз при еде повторяются описанные явления, причем вначале ларингоспазм возникает только при проглатывании твердой пищи, затем — полужидкой и жидкой. В ряде случаев ларингоспазм может возникнуть даже при попытке проглотить слюну. При этом нередко больные ограничивают себя в еде, вырабатывают чрезвычайно сложный ритуал (определенный режим питания, прием успокаивающих средств перед едой). Как и при нарушении ритма дыхания, уже на ранних стадиях болезни в сложную структуру синдрома ларингоспазма включаются навязчивые страхи.

Невротические желудочно-кишечные расстройства

Наряду с психогенными нарушениями функции сердца расстройства желудочно-кишечной системы являются наиболее частыми при неврозах. Из всего многообразия функционально-динамической патологии пищеварительной системы здесь приводятся лишь те расстройства, которые обусловлены преимущественно психогенными механизмами и включаются в клинические картины невротических состояний.

Типичное психогенное нарушение функций пищевода — **спазм пищевода**, возникающий внезапно под влиянием острой психической травмы. Во время еды наблюдается задержка в прохождении пищевой массы, сопровождающаяся неприятными ощущениями в загрудинной области. В дальнейшем пищевой ком некоторое время остается без движения, а затем либо с усилием проталкивается в желудок, либо выводится посредством так называемой пищеводной рвоты. Возникнув однажды во время еды, это вновь повторяется каждый раз при приеме пищи. Больные со спазмом пищевода легче глотают твердую пищу, чем жидкую. Ощущение сжатия, присутствия инородного тела в пищеводе со временем возникает не только при еде, но и вне приема пищи — в периоде, непосредственно ему предшествующем, при мысленном представлении еды, наблюдении за едой других людей и пр.

Двигательные нарушения функции пищевода сопровождаются своеобразными чувствительными расстройствами, которые характеризуются полиморфной картиной ощущений легкого давления, жжения, иногда боли, локализующихся за грудиной, а иногда в межлопа-

точном пространстве. Эти ощущения обостряются при употреблении острых, пряных, чрезмерно горячих блюд. Двигательные и чувствительные расстройства функции пищевода сопровождаются эмоционально-аффективными нарушениями, к числу которых относятся состояния тревоги, страха перед едой, реже — навязчивые страхи (канцерофобии и различные варианты танатофобий). У лиц с чертами тревожной мнительности отмечаются фиксированные или доминирующие идеи ипохондрического содержания. Описанный синдром нарушения функции пищевода чаще всего наблюдается при неврозе навязчивых состояний и истерии. В последнем случае расстройства функций пищевода сочетаются с присущими этой форме невроза демонстративностью, манерностью, эгоцентризмом. Особенностью самого синдрома является различная степень выраженности симптомов (мерцание симптомов), обусловленная ситуационными моментами и установками больного.

Анорексия той или иной степени выраженности относится к распространенным симптомам при различных формах неврозов. Снижение аппетита не сопровождается отвращением к пище. Более того, у больных (чаще всего страдающих неврастенией) нет существенного снижения аппетита, иногда они даже с удовольствием приступают к еде, однако вскоре после начала ее аппетит исчезает, появляется ощущение частичного или полного насыщения.

Аэрофагия характеризуется тем, что больные, испытывая нерезко выраженные дискомфортные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, заглатывают воздух с последующим отхождением его из желудка, проявляющимся в виде шумной отрыжки, в той или иной степени облегчающей первичные дискомфортные ощущения. В дальнейшем при учащении заглатывания воздуха и увеличении его количества в желудке возникают чувство стеснения в груди и боли в эпигастральной области, также значительно уменьшающиеся при отрыжке. При значительной выраженности аэрофагии вследствие давления газового пузыря в желудке на диафрагму и высокого стояния последней могут появляться неприятные и болевые ощущения в области сердца. Хотя аэрофагия встречается при различных формах неврозов, особенно яркие картины ее, сопровождающиеся эмоционально-аффективными расстройствами, наблюдаются при истерии.

Один из распространенных вариантов **невротической рвоты** — так называемая произвольная рвота. Клинически произвольная рвота проявляется в форме срыгиваний. Вегетативные компоненты, такие как саливация, бледность кожных покровов, тахикардия, рвотные судороги и другие, для нее не характерны. Срыгиванию обычно не предшествует тошнота, наступает она непосредственно после еды, вид и количество пищи не имеют существенного значения. При срыгивании выводится лишь незначительное количество пищи. В основе происхождения данного вида рвоты лежат явные или скрытые тенденции больных ограничивать себя в пище посредством срыгивания. Мотивы этих тенденций колеблются в широких пределах: от преувеличенных опасений или неправильных представлений (боязнь нарушить диету, страх перед возможными неприятными последствиями еды, ограничение себя в пище с целью предупреждения полноты и др.) до фиксированных и доминирующих идей. Указанная разновидность невротической рвоты при истерической форме невроза очень часто сочетается с нервной анорексией. Другим видом невротической рвоты является рвота, возникающая по механизму индукции и подражания. В периоде, предшествующем рвоте, чувство тошноты отсутствует, рвота возникает тотчас или вскоре после приема пищи, характер и количество пищи также особого значения не имеют. В отличие от срыгивания, выводится большое количество пищевой массы, но не вся принятая пища. Рвоты преимущественно эмоционального генеза клинически характеризуются достаточно выраженными вегетативными реакциями: рвотными судорогами, бледностью кожных покровов, общей слабостью, тахикардией, изменением кровяного давления и др. Даже частые невротические рвоты не ведут к значительному истощению, за исключением случаев тяжелой истерии, когда может наблюдаться выраженное похудание, доходящее до степени кахексии.

Вариантом невротических желудочно-кишечных нарушений является также **гастралгия**. Для нее характерны различные ощущения в эпигастральной области в виде тяжести, распираний, переполнения желудка и боли. Типичным является возникновение указанных ощущений не в связи с приемом пищи, а под влиянием эмоционального напряжения. Полиморфность и неопределенность этих ощущений со стороны желудка, нередкая трудность их терапевтической

оценки, ятрогения в ряде случаев обусловливают развитие патологических идей в виде выраженных ненавязчивых страхов (чаще всего канцерофобии).

Клиническая картина психогенных расстройств кишечника чрезвычайно разнообразна, что объясняется различной степенью нарушений секреторной, моторной и чувствительной функции. Хорошо известны и не требуют специального описания психогенные диареи, возникающие при остром эмоциональном напряжении. Следует выделить так называемое **перистальтическое беспокойство кишечника («кишечные кризы»)**. В этих случаях однократное возникновение в условиях эмоционального стресса выраженной перистальтики кишечника, проявляющейся громким урчанием, метеоризмом, иногда позывами на отхождение газов или дефекацию, в дальнейшем фиксируется по механизму условного рефлекса — и у больных развивается состояние тревожного ожидания повторения указанных расстройств в самых неподходящих ситуациях. Это, по существу, невинное нарушение нередко является источником тяжелых переживаний для больного, затрудняющим его общение с незнакомыми людьми, посещение общественных мест и пр. Продолжающиеся кишечные кризы во многих случаях приводят к развитию навязчивого страха. В симптомокомплекс кишечных кризов включаются и чувствительные расстройства, проявляющиеся во внезапно возникающих болях или ощущениях жжения в кишечнике, воспринимаемых больными как спазмы. В тех случаях, когда кишечные кризы сопровождаются нарушениями мышления, выходящими за пределы фиксированных и навязчивых идей и приближающимися по своей структуре к сверхценным паранойяльным образованиям, следует рассматривать этот синдром как дисморфофобию в рамках психопатий и психозов.

Невротические расстройства мочевыделения

Больные с невротическими расстройствами мочеиспускания, выступающими в качестве основных клинических проявлений, реже попадают на прием к ВОП и чаще лечатся под наблюдением урологов, обычно с диагнозами «раздраженный мочевой пузырь», «цисталгия», «неврогенный мочевой пузырь».

Невротические нарушения мочеиспускания протекают в виде двух основных вариантов:

- по типу частых и императивных позывов на мочеиспускание, особенно в многолюдных местах (преимущественно у женщин);
- по типу затруднения или задержки мочеиспускания в присутствии посторонних (преимущественно у мужчин).

Такие варианты нарушения функции мочевыделения, как неудержание мочи, особенно при резком физическом напряжении, кашле, чихании, смехе и др., острая многочасовая задержка мочи с картиной «пареза» мочевого пузыря, полиурия в результате полидипсии, имитирующая несахарный диабет, обычно редко наблюдаемая при неврозах, встречаются у больных с другими формами нервно-психических расстройств: невротической фиксацией органической патологии, психопатическими реакциями, в структуре реактивной и скрытой эндогенной депрессии и др.

Поллакиурия — учащенное (несколько раз в час), в ряде случаев болезненное мочеиспускание с императивными позывами, наблюдаемое в урологической практике в качестве ведущего симптома острых и хронических заболеваний мочевого пузыря, предстательной железы и задней уретры, встречается также при неврозах. Обычно толчком к развитию этого расстройства на фоне эмоционального напряжения является переохлаждение, острый шеечный цистит, половое перевозбуждение, временное употребление мочегонных средств, которые сочетаются с невозможностью по тем или иным соображениям, чаще нравственно-этического характера, своевременно опорожнить мочевой пузырь и в связи с этим с пережитым однажды интенсивным страхом не удержать мочу в общественном месте (транспорт, заседание и т. п.).

При внимательном ознакомлении с жалобами больных и историей развития заболевания выясняется, что речь идет не столько о дизурических явлениях как таковых, сколько о появлении их в связи с зафиксированным тревожным ожиданием и страхом не удержать мочу «на людях». Это подтверждается тем, что отвлечение внимания, нахождение в помещении с расположенным рядом туалетом, когда ничто не мешает в любой момент воспользоваться им со всеми удобствами, и, как правило, сон прерывают поллакиурию у таких пациентов.

Напротив, необходимость пользоваться общественным транспортом продолжительное время, особенно в часы пик, условия труда и быта, когда нельзя свободно, не привлекая внимания сотрудников и гостей, отлучиться из помещения в туалет, доставляют больным многочисленные страдания, вызывая и усиливая неприятные ощущения в области промежности и мочевого пузыря, а также императивные позывы опорожнить его. При установлении хорошего психотерапевтического контакта больной, с горькой иронией признается, что ему известны места расположения всех общественных туалетов по пути следования по городу, все пустыри, новостройки, все проходные дворы, парки и скверы.

Однако прежде чем попасть к психотерапевту, такой больной неоднократно побывает у ВОП и урологов, где жалобы его звучат поиному и акцентированы на телесных сенсациях, мучительных ощущениях в урогенитальной области — следствии какого-то серьезного урологического заболевания, по мнению пациента, доставляющего ему столько неприятностей социально-психологического порядка. За это время больной проходит многочисленные обследования в амбулаторных и стационарных условиях, которые не подтверждают органической природы расстройства, но тем не менее, обычно с диагнозом «раздраженный мочевой пузырь», или чаще — «неврогенный мочевой пузырь», он долгие месяцы и годы получает антибактериальную, противовоспалительную терапию.

Страдая от навязчивого страха не удержать мочу в общественном месте и опозориться, сопровождаемого императивными позывами к мочеиспусканию, больной вырабатывает защитный стереотип поведения, заключающийся в первую очередь в режиме физиологических отправлений. Перед каждым выходом из дома, помещений производственного или культурно-массового назначения (последние больной посещает весьма неохотно и только если ему доподлинно известно, что там можно сходить в туалет) он обязательно еще раз опорожнит мочевой пузырь, хотя, может быть, совсем недавно, буквально несколько минут назад, уже делал это. Характерно, что подобные профилактические меры не избавляют больного неврозом от соответствующих ощущений и страха перед дорогой, транспортом и т. п. В ситуации, когда нельзя воспользоваться туалетом, системные невротические расстройства мочевыделения сопровождаются гипергидрозом, лабильностью пульса и артериального давления,

головокружением, парестезией в области конечностей, иногда субфебрилитетом, подчас принимающим пароксизмальный характер.

Пациенты, страдающие от невозможности помочиться в присутствии посторонних (**«мочевая застенчивость»,** «мочевое заикание», по определению старых авторов), редко обращаются за консультацией уролога в молодом возрасте, так как осознают невротический характер расстройства, находящийся в связи с их характерологическими особенностями. Однако в зрелом возрасте, испытывая большие неудобства в связи с необходимостью пользоваться общественным туалетом на работе, в местах отдыха, в командировке, они бывают вынуждены обратиться к врачу-урологу, который, не находя ничего органического, направляет их к невропатологу или психиатру. Это простое на первый взгляд расстройство, о котором к тому же больные распространяются не очень охотно, при более внимательном ознакомлении оказывается не столь уж безобидным, так как уходит своими корнями в далекое детство, в особенности воспитания, формирующие «мочевую застенчивость», становится источником невротических страхов и ипохондрических переживаний, способствует развитию психастенических черт.

С учетом распространенности соматоформных проявлений в общей медицинской практике и роли своевременной дифференциальной диагностики в этой области необходимо подчеркнуть, что соматоформные вегетативные дисфункции относятся к более обширной группе расстройств, общим для которых является наличие у пациентов необоснованных соматических перцепций и представлений.

Как отмечает А. Ю. Березанцев (2007), помимо психологического механизма соматизации возможны и иные механизмы симптомообразования: ипохондрическая фиксация, соматизация тревожно-депрессивных расстройств и проекция негативно окрашенных чувственных (эйдетических) представлений. Автор рассматривает механизмы формирования необоснованных соматических перцепций в виде континуума — от наиболее психологически ориентированного механизма (чаще конверсионного), до наиболее биологизированного, к которому он относит механизмы соматизации тревожно-депрессивных расстройств.

Помимо клинико-диагностических сложностей соматоформные расстройства привлекают к себе внимание в связи с экономическими проблемами, поскольку около 20% всех средств, отпускаемых на

здравоохранение, расходуется на этих больных (Смулевич А. Б. и др., 1992; Wise T. N., 1992) (консультации различных специалистов, разнообразное лабораторное, в том числе стационарное обследование). Особенно остро этот вопрос стоит в общей медицинской практике, куда подобные больные обращаются в первую очередь, пополняя контингент так называемых «трудных» больных.

Прогноз невротических расстройств внутренних органов и его значение для психотерапии

В общепатологическом и специальном психотерапевтическом плане актуальным является вопрос о соотношении невротических висцеральных расстройств и так называемых психосоматических заболеваний — ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы и др.

Мнения ученых по этим вопросам противоречивы. Так, одни, по-видимому, сближая понятия «невротическое» и «функциональное», рассматривают невроз в качестве начальной стадии таких заболеваний, другие отмечают, что этот переход происходит далеко не во всех случаях, однако не объясняют причины этого.

Указывают, что невротические состояния нельзя считать предстадией органических заболеваний. В то же время у небольшого числа больных неврозом с функциональными нарушениями внутренних органов наблюдается переход в органические поражения: возможно, в этом случае функция какого-либо органа или системы подвергается постоянному перенапряжению либо воздействию неблагоприятных факторов. Такими условиями могут быть повышенные требования к функции данного органа при недостаточной его способности к приспособительной деятельности, местная травматизация органа, острые инфекционно-воспалительные процессы, наличие в прошлом патологии данного органа, сделавшей его функционально неполноценным.

При исследовании функциональных поражений желудочно-кишечного тракта М. В. Коркина и В. В. Марилов (1983) установили, что только в единичных случаях отмечается переход к органическо-

му заболеванию и формируется язвенная болезнь. В подавляющем же большинстве случаев следует говорить не о функциональной стадии психосоматического процесса, а об особой группе заболеваний, которые протекают на невротическом уровне и проявляются гуморально-вегетативными нарушениями.

Ю. М. Губачев, Е. М. Стабровский (1981) не считают, что развитие невроза исключает возможность его сосуществования с органическими заболеваниями внутренних органов. Сравнительно малую частоту таких сочетаний они связывают с особым характером расстройств вегетативных функций у больных неврозами — вегетативной дистонией, которая делает маловероятным развитие длительной гиперфункции отдельных систем, и с характерными для страдающих неврозами механизмами психологической защиты, приводящими к уменьшению патогенного эмоционально-аффективного напряжения.

Выделяя неврозы как самостоятельную группу психогенно обусловленных расстройств, В. Н. Мясищев (1960), Б. Д. Карвасарский (1990) также не подтверждают их значения в формировании органической соматической патологии.

Обсуждая эти вопросы, нельзя не коснуться кортико-висцеральной теории патогенеза болезней внутренних органов, которая явилась конкретным приложением учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности к клинике внутренних болезней. Ее создатели К. М. Быков и И. Т. Курцин к кортико-висцеральной патологии относили заболевания внутренних органов, возникающие «при наличии невротического состояния коры головного мозга со всеми характерными для него чертами и особенностями». В этом, пишут они, и состоит разграничительная линия между заболеваниями, относящимися к кортико-висцеральной патологии, и болезнями другой этиологии (инфекции, травмы и пр.).

Как указывает известный физиолог В. Б. Захаржевский (1992), изучавший, в частности, соотношение так называемых «органных неврозов» и психосоматических заболеваний органической природы, подобное абсолютизированиие кортикального контроля висцеральных функций закономерно отразилось на отношении авторов кортико-висцеральной концепции к проблеме психосоматических соотношений. Генез самых разнообразных заболеваний внутренних органов и систем стал напрямую увязываться с первичным нарушением дея-

тельности коры больших полушарий. Подобная трактовка природы психосоматических соотношений не могла не приводить к мысли о фактической беззащитности висцеральных систем от психогенных воздействий. И действительно, во многих работах было показано, что пристеночное пищеварение, базальный тонус сосудов и ауторегуляция сосудистого тонуса, регуляция насосной функции сердца контролируются отнюдь не кортикальными нервными механизмами (Уголев А. М., 1972; Конради Г. П., 1973, и др.). Высокая степень их саморегуляции обеспечивается интраорганными нервными структурами (метасимпатической нервной системой).

Не получил подтверждения тезис кортико-висцеральной патологии о неврозе как основной и наиболее распространенной форме возникновения психосоматических заболеваний ни на экспериментальном материале, ни на клиническом (Карвасарский Б. Д., 1990; Абабков В. А., 1992). Клинические формы неврозов сохраняют свою нозологическую самостоятельность на протяжении десятилетий.

На модели экспериментальных неврозов у животных В. Б. Захаржевский показал, что у невротизированных животных, несмотря на выраженные расстройства секреторной и моторной функции желудка, эти механизмы остаются интактными, препятствуя образованию язвенных дефектов. Столь же стабильными в условиях невротизации оказались и механизмы коронарной системы, обеспечивающие адекватность кровообращения сердечной мышцы. Еще более поразителен пример буферного барорефлекторного механизма оптимизации уровня артериального давления. Эта система, сохраняя высокую реактивность к центральным посылкам, в то же время надежно препятствует стабилизации патологических сдвигов давления. И неудивительно, что у невротизиранных животных отмечаются лишь транзиторные подъемы давления или его резко возросшая вариативность, но отнюдь не устойчивая гипертензия. Практически не изменяются у них по сравнению с нормой и прессорные реакции, вызванные двусторонним пережатием сонных артерий. Логично предположить, что именно интактность местных саморегуляторных механизмов висцеральных систем препятствует переходу столь характерных для невроза дисфункций в грубую органическую патологию.

Многолетний катамнез (до 25 лет) больных с системными неврозами — сердечно-сосудистым, дыхательным и желудочно-кишеч-

ным, — которые находились на обследовании и лечении в клинике неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева (Абабков В. А., 1992), показал, что, как правило, не наблюдается трансформации невротических расстройств внутренних органов в соответствующие «большие» психосоматические заболевания — ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, бронхиальную астму и язвенную болезнь желудка.

Эти данные вновь ставят вопрос о необходимости четкого разграничения понятий функционального (непсихогенного) как стадии органического заболевания и функционального психогенного (невротического), которое чаще всего таковой не является. Более того, наличие невротических системных расстройств может рассматриваться как прогностически благоприятный признак по отношению к «большим» психосоматическим болезням. Сегодня нет убедительного ответа на вопрос, почему это происходит. Выступает ли невроз как «страхование жизни» вследствие частых обращений пациентов с невротическими расстройствами к врачу уже в ранней стадии болезни и проведения своевременного (в какой-то мере и профилактического) лечения, либо предупреждающее значение приобретают при неврозах специфические психологические компенсаторные механизмы, приводящие к уменьшению эмоционально-аффективного напряжения.

Хотя вопрос о возможности перехода функционально-невротических расстройств внутренних органов в органические соматические заболевания нельзя считать окончательно разрешенным, имеющиеся клинические данные о хорошем жизненном прогнозе больных с системными соматическими нарушениями при неврозах могут быть использованы в качестве важного элемента рационально-когнитивной психотерапии при соматоформных вегетативных дисфункциях.

Невротические расстройства и алкогольная зависимость

Больные с сочетаниями невротических расстройств и алкогольной зависимости, хотя и частые посетители медицинских учреждений, однако, как правило, длительное время — месяцы и годы — им

своевременно не устанавливается диагноз не только ВОП, но и врачами-специалистами. С учетом медико-социального и медико-экономического значения особенности формирования заболевания и его клинические проявления излагаются намеренно более подробно.

Продолжающийся клинический патоморфоз неврозов тесно связан с социально-психологическими переменами. Одним из показателей социальной нормы является критическое отношение человека к злоупотреблению алкогольными напитками. Рост алкоголизма и связанные с ним проблемы в различных сферах жизни, особенно в последний период, усиливают негативное отношение общества к злоупотреблению алкоголем и алкоголизму. Эта позиция отражена в антиалкогольной пропаганде, что позволяет личности, отягощенной алкогольными проблемами, самой найти адекватные пути их разрешения. У личности невротической, имеющей к тому же и алкогольные проблемы, разрешение их в ряде случаев происходит иррационально, следствием чего может явиться формирование невроза. Структура клинической картины, динамика заболевания, личностные особенности этих больных, невротический конфликт, психологические механизмы исследованы М. Ю. Мелик-Парсадановым (2006). Клинико-анамнестическим методом у больных неврозами выявляется так называемая **спонтанная ремиссия алкоголизма**. До ее установления у пациентов опытными наркологами диагносцируется алкогольная болезнь в соответствии с принятыми критериями.

Невротические расстройства возникают обычно через 6–8 часов после алкогольного эксцесса, чаще в виде вегетативного криза или других вегетативных нарушений, включающих в себя симптомы абстинентного синдрома. Невротическая переработка болезненных ощущений приводит к формированию фобического или ипохондрического синдрома и прекращению алкоголизации.

Общим для всех больных является наличие определенных условий жизни, воспитания и развития, способствующих формированию невротической личности. Это специфическая психотравматизация в детстве, связанная с алкоголизацией членов семьи (чаще отца с преобладанием негативных или противоречивых эмоциональных реакций, чувств и отношений к нему), неадекватные формы воспитания.

В самом общем виде специфику первичного психологического конфликта у данных больных можно определить как противоречие

между гипертрофированным стремлением к самоутверждению, лидерству, высоким уровнем притязаний, потребностью в жестком следовании конвенциональным нормам, с одной стороны, и такими психологическими особенностями, как низкая психологическая толерантность, неуверенность в себе, чувство собственной малоценности, переживание одиночества и отчужденности, — с другой. Сочетание указанных характеристик препятствует адекватной социально-психологической адаптации, что, в свою очередь, приводит как к усугублению внутреннего конфликта, так и к усилению нервно-психического напряжения. Для снятия последнего больные прибегают к алкоголизации, ситуативно снижая в некоторой степени его уровень. Такая неадекватная форма адаптации (симптоматическая алкогольная адаптация) приводит к возникновению алкогольной зависимости и другим проявлениям алкогольной болезни. Однако с развитием алкогольной болезни нарастает дезадаптация в значимых сферах жизни пациентов (семейной, профессиональной), углубляющая и закрепляющая психологический конфликт. На этом этапе он усиливается также за счет включения дополнительных противоречивых тенденций: потребности в алкоголе как проявлении алкогольной болезни (зависимости) и потребности в жестком следовании социальным или индивидуально-субъективным нормативам, в рамках которых алкоголизация и нарушения поведения, связанные с ней, оцениваются негативно. Устойчивый характер данного внутриличностного конфликта приводит к дальнейшему росту нервно-психического напряжения и иррациональному, невротическому способу его разрешения. Манифестация невротической симптоматики приводит к психогенно обусловленной спонтанной ремиссии алкоголизма, а с другой стороны — к клиническому оформлению невроза. Устойчивость ремиссии алкоголизма поддерживается выраженностью клинических симптомов невроза, что позволяет рассматривать невротические расстройства у данного контингента больных как проявление специфического психологического защитного механизма, ситуативно снижающего уровень нервно-психического напряжения и актуальность сложного многоступенчатого невротического конфликта.

Защитный характер невротических нарушений проявлялся чаще в ситуациях, прямо или косвенно связанных с возможностью употребления алкоголя. Дистантные стимулы (вид, запах алкоголя, а так-

же вид пьяных, опустившихся людей) усиливают невротические проявления. Больные избегают алкогольных ситуаций, аргументируя это тяжестью своего заболевания. Устанавливается невротический тип поведения, приводящий к разрушению привычных социальных связей, стиля жизни и изменению отношения к алкоголю. Вся активность направляется на поиски врачей-специалистов, установление «правильного» диагноза, назначение лечения.

По данным М. Ю. Мелик-Парсаданова, 81,9% этих больных многократно обращаются к ВОП и врачам-специалистам, госпитализируются в стационары соматического и неврологического профиля, им устанавливаются различные диагнозы, не соответствующие характеру заболевания, и, следовательно, они не получают адекватного лечения. Никто из них не направляется на консультацию к наркологу и не устанавливается связь заболевания с алкоголизацией. Высока частота повторных их госпитализаций и в психоневрологические стационары: 36% больных лечились повторно, 30% — стационировались трижды и 10% — более трех раз. В медицинских сведениях не указывается роль алкогольного звена в патогенезе заболевания, что говорит о недостаточном внимании к алкогольному анамнезу ВОП и врачей-специалистов соматического профиля, а также определенных сложностях его объективизации.

Несмотря на общие закономерности развития заболевания, у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма выявляются достоверные различия социально-психологических, биологических показателей, а также особые условия формирования невротической личности, характерные для фобического и ипохондрического синдромов. Имеются различия в стиле алкоголизации, ее интенсивности, начальной толерантности у больных с нозофобическим и социофобическим синдромами до формирования алкогольной болезни, их зависимость от отношения к алкоголизации в детстве и юношеском возрасте, стремления соответствовать определенным «идеалам», специфики психотравматизации в детском возрасте, негативного или позитивного эмоционального опыта, связанного с алкоголизацией в родительской семье, а также с особенностями характера и темперамента до заболевания.

У больных с **нозофобическим (кардиофобическим) синдромом** употребление алкоголя в родительских семьях чаще всего не носит

характера злоупотребления или бытового пьянства, а является атрибутом застолья, «гостеприимства». В детском возрасте у большинства больных установлено положительное отношение к употреблению алкогольных напитков, что ассоциируется у них с весельем и праздниками. У больных в большей степени отмечается положительное отношение к отцу или лицу, символизирующему его. Им нравится стиль их жизни, сила, мужество, умение «пить и не пьянеть». Идеальным для них является тип «сильной личности» или тип «супермена», которым они и пытаются подражать. Пациенты чаще отстают в физическом развитии в детском возрасте от сверстников, что способствует возникновению чувства неполноценности, неуверенности в себе, робости. Преодоление негативных чувств осуществляется с помощью механизмов гиперкомпенсации и гиперкомпенсаторного поведения: усиленным закаливанием, увлечением различными видами спорта, требующими особой смелости, выносливости, мужественности (мото-, автогонки, бокс, горнолыжный спорт). Алкоголь на этих этапах жизни является атрибутом «мужественности», способствует самоутверждению, помогает преодолевать чувство неуверенности, облегчает общение. В отличие от больных с социофобическим синдромом, у них отмечается низкая начальная толерантность к алкоголю, что воспринимается ими как признак слабости, неполноценности. Характерным является приучивание себя к алкоголю частыми и увеличивающимися его дозами. Стремление соответствовать идеальному Я, определенному эталону «сильной личности» выражается и в попытках в состоянии алкогольного опьянения также соответствовать ему: выглядеть трезвым, уметь вести себя должным образом. С возникновением алкогольной болезни, изменением формы потребления и опьянения у больных нарушается желаемый «идеальный» стиль жизни и поведения; появляются признаки дезадаптации в значимых сферах жизни.

Нервно-психическое напряжение, создаваемое противоречивым неосознанным внутренним конфликтом, разрешается вегетативным кризом. Внезапность приступа, ноцицептивный характер болезненных переживаний, невротическая их переработка приводят к прекращению алкоголизации, быстрому формированию кардиофобического синдрома и становлению психогенно обусловленной спонтанной ремиссии алкоголизма. Подобное разрешение невротического кон-

фликта позволяет больным создать компромиссное представление о себе как о «сильном», но больном человеке.

Отсутствие у большинства больных с кардиофобическим синдромом отягощенной алкоголизмом наследственности, низкая начальная толерантность к алкоголю с тошнотно-рвотной реакцией на передозировку могут свидетельствовать о большей роли в возникновении алкоголизма социокультурных и психологических факторов.

Основными клиническими проявлениями **социофобического синдрома** у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма является страх дрожания рук, покраснения, потери контроля за поведением, публичных выступлений, страх «упасть». Обычно невротические нарушения появляются в обществе людей, при общении или в ожидании общения. Характерным является наличие заметного фона вегетативных нарушений, особенно в начале заболевания, а также больший полиморфизм невротической социофобической симптоматики, что их отличает от пациентов, страдающих «чистым» неврозом с тем же синдромом, но без алкогольного звена в генезе болезни. Больные с социофобическим синдромом — это лица более старшего возраста, с более поздним началом заболевания (25–35 лет), более высоким образовательным и социальным уровнем. Для них характерно и более позднее начало алкоголизации — от 24 до 30 лет.

У больных с социофобическим синдромом отмечается достоверно более высокая наследственная отягощенность алкоголизмом. Культурный уровень большинства родительских семей ниже, чем у пациентов с фобическим синдромом. Детство их протекает в постоянной психотравмирующей обстановке, связанной с алкоголизмом в семье. Пьянство ассоциируется с бедой, горем, несчастьем. У большинства больных с социофобическим синдромом отмечается негативное отношение к своим отцам, что связывается ими с алкоголизацией и асоциальным поведением. В детском и юношеском возрасте у них складывается негативное отношение к употреблению алкогольных напитков, реже оно противоречиво.

Всем больным с социофобическим синдромом в детстве свойственны робость, неуверенность в себе, чувство неполноценности, одиночества, которые подкрепляются в школьные годы стыдом за своих родителей, опасениями, что окружающие узнают о пьянстве в семье. В школьные годы они характеризуются высокой нормативностью,

ориентацией на положительные оценки учителей. Усердно занимаются, добросовестны, отличаются высокой ответственностью, исполнительностью. Хорошая успеваемость, положительные оценки и отношение учителей частично компенсируют чувство неполноценности, неуверенности в себе. Они охотно занимаются общественной работой. В своем поведении и отношениях чаще стремятся соответствовать таким идеалам-штампам, как «положительная личность», «интеллигент», придерживаются жестких морально-нравственных принципов, установок. Однако в среде сверстников испытывают неловкость, робость, напряжение, хотя внешне и стараются этого не проявлять. В числе факторов, способствующих невротизации в детстве, такие как неадекватный характер отношений родителей: подавление инициативы, безразличие, жестокость. У всех этих больных отмечается атарактическая мотивация алкоголизации, а у половины — также и гиперактивационная мотивация. У большинства больных имеется высокая изначальная толерантность к алкоголю. Несмотря на негативное отношение к алкоголизации, употребление алкоголя становится для больного необходимым, способствует преодолению психологических трудностей общения, чувства неполноценности, неуверенности в себе. После алкогольных эксцессов обычно возникает чувство вины, недовольство собой, опасения недостойного поведения, опасения казаться смешным; усиливается чувство неполноценности. Однако, не находя адекватных способов преодоления эмоциональных, психологических проблем, больные вновь прибегают к алкоголизации.

С развитием алкогольной болезни усугубляются трудности адаптации больных: возникают актуальные конфликты, нарушаются семейные, производственные отношения. Большинство больных полностью не теряют критического отношения к злоупотреблению алкоголем. Попытки самим бросить пить терпят неудачу, что, в свою очередь, усугубляет чувство неполноценности, никчемности, чувство вины. Обычно невротические нарушения возникают в периоде воздержания от алкоголя, нередко после дополнительной психической травмы. В отличие от больных с кардиофобическим синдромом, у которых невротические нарушения чаще возникают остро, у больных с социофобическим синдромом в половине случаев заболевание начинается подостро, у трети больных отмечается более медленное формирование социофобического синдрома. С его появлением

устанавливается спонтанная ремиссия алкоголизма. Становление последней в определенной степени зависит от остроты начала заболевания, степени выраженности защитной невротической симптоматики, ее характера, а также конкретной социально-психологической ситуации. Если у больных кардиофобическим синдромом становление ремиссии чаще происходит на начальных этапах заболевания — возникновения первых проявлений невротических расстройств, то у пациентов с социофобическим синдромом — постепенно, по мере нарастания выраженности невротической симптоматики и идентификации себя с заболевшим человеком. В отличие от больных с кардиофобическим синдромом, пациенты с социофобическим синдромом не поступают в стационары общего профиля. Обычно первый раз они обращаются к психиатру, невропатологу или к психотерапевту. Они долго не решаются обратиться к врачу, скрывают наличие алкоголизации, опасаясь осуждения. Чаще обращаются за помощью на второй–четвертый годы заболевания.

Больные с нозофобическим (кардиофобическим) и социофобическим синдромами представляют две крайние по своим социально-психологическим, клиническим характеристикам, а также механизмам формирования невроза и становления ремиссии алкоголизма группы, между которыми распологается контингент больных с сочетанием различной степени выраженности как нозофобического, так и социофобического компонента в синдромах. Это больные с **нозосоциофобическим и соционозофобическим синдромами**.

Необходимость выделения больных с **ипохондрическим синдромом** среди лиц со спонтанной ремиссией алкоголизма определяется не только спецификой клинических проявлений, по преимуществу ипохондрических, но и социально-психологическими характеристиками этих больных, а также особенностями механизмов формирования невроза и становления ремиссии алкоголизма. Возраст этих больных старше, чем пациентов других групп. Обычно они не имеют законченного среднего образования и отличаются невысоким интеллектуальным и культурным уровнем. Их детство и юность проходят в сельской местности, но по тем или иным причинам позже они становятся жителями городов. Чаще они повторно стационируются как в больницы общего профиля, так и в психоневрологические

стационары, им устанавливаются многочисленные необоснованные диагнозы и, следовательно, проводится неадекватное лечение. Первое обращение к психотерапевту имеет место на второй и третий год с начала заболевания, у всех больных с ипохондрической формой невроза наследственность отягощена алкоголизмом. По этому показателю они достоверно отличаются от пациентов с фобическим синдромом. Характер воспитания и отношения к больным в детстве преимущественно подавляющий, жестокий, противоречивый или безразличный. Конфликты в семьях носят особенно тяжелый характер и преимущественно связаны с алкоголизмом кого-либо из членов семьи. Несмотря на выраженную психотравматизацию, связанную с алкоголизмом в родительских семьях, и отрицательное отношение к алкоголизации членов их семей, у больных с ипохондрическим синдромом в детском и юношеском возрасте формируется неоднозначное отношение к алкоголизации. У трети больных отношение к алкоголизации положительно, у половины — противоречиво, у остальных — отрицательно. Все они по характеру старательны, исполнительны, стремятся завоевать одобрение, симпатию воспитателей, учителей, что им удается и что компенсирует дефицит внимания и тепла со стороны родных.

Возраст, в котором больные с ипохондрическим синдромом начинают злоупотреблять алкогольными напитками, обычно совпадает с началом трудовой деятельности или же с возвращением из армии. Алкоголь и алкоголизация у больных ассоциируются с самостоятельностью, свободой, достатком, благополучием и в то же время с пороком, бедой, болезнью. Потеря количественного и ситуационного контроля, изменение формы опьянения приводят к конфликтным ситуациям в различных сферах жизни. Больные попадают в вытрезвитель, получают взыскания на работе. Возникают тяжелые ссоры в семье, изменяется отношение к ним со стороны окружающих.

Больным с ипохондрическим синдромом свойственно постепенное (чаще) и подострое начало заболевания, как правило, после психотравмирующих ситуаций в сфере особо значимых отношений: осуждение за пьянство из уст авторитетных для них лиц, стыд и унижение, связанные с какой-либо алкогольной ситуацией, болезнь или смерть близкого, обусловленная алкоголизацией. Появляются тенденция к ипохондрической переработке симптомов абстиненции,

фиксация внимания на своем самочувствии, различных ощущениях. Этому способствует гиперопекающее отношение жен больных, бессознательно стремящихся видеть своих супругов скорее соматически больными, чем «алкоголиками». В некоторых случаях толчком для прекращения алкоголизации служит также ятрогения.

С возникновением ипохондрической симптоматики больные прекращают употреблять спиртные напитки, у них устанавливается спонтанная ремиссия алкоголизма. Поведение в семье, на работе, в ближайшем окружении постепенно приобретает все более заметный защитно-приспособительный невротический характер. Круг интересов и общения ограничивается заботой о здоровье, контактами с врачами различных специальностей. Отношение к работе становится формальным, снижается собственная производственная оценка. Появляется негативное, даже агрессивное отношение к злоупотребляющим алкоголем.

Отнесенность описанных больных к определенной нозологии представляется неоднозначной: с одной стороны, выраженность невротической симптоматики, наличие невротического конфликта позволяют рассматривать этих пациентов как больных неврозами, с другой — результаты клинико-анамнестического исследования выявляют у них спонтанную ремиссию алкоголизма. Отсутствие четких диагностических критериев приводит к неоправданным госпитализациям не по профилю заболевания, неадекватному лечению, что, в свою очередь, способствует затяжному течению невроза, хронизации невротических расстройств, нарушению социальной адаптации и социального функционирования больных.

Всестороннее изучение преморбидных особенностей личности больных неврозами со спонтанной ремиссией алкоголизма, системы их особо значимых отношений подтвердило предположение о взаимообусловленности возникновения невроза и становления спонтанной ремиссии алкоголизма. В ее становлении значительную роль играют невротические механизмы, невротический конфликт двух потребностей: алкоголизации и соблюдения социальных норм или субъективных эталонов поведения. Фобические и ипохондрические проявления невроза носят защитно-приспособительный характер, способствуют стабилизации спонтанной ремиссии алкоголизма.

Лечение неврозов у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма основывается на общих принципах лечения невротических расстройств, но с учетом и акцентом на алкогольном звене в генезе заболевания, с пониманием тех специфических факторов, которые участвуют в механизмах формирования невротической симптоматики. Специфика лечения этой группы больных заключается в выявлении и осознании ими алкогольных проблем как до возникновения невротической защитной симптоматики, так и после ее проявления и роли этой симптоматики в формировании ремиссии алкоголизма; осознание больными защитного характера своего поведения, а также невротической симптоматики, способствующей установлению и поддержанию ремиссии алкоголизма; понимании нерациональности такого невротического способа разрешения комплекса своих проблем. Конечной целью лечения является коррекция нарушенных внутриличностных отношений, а также изменение реакции больного, формирование адекватных способов адаптации, восстановление полноценного социального функционирования и трезвого образа жизни. Основной трудностью при достижении поставленной цели является сопротивление и уход больного от обсуждения и исследования алкогольного анамнеза. Феномен отрицания, анозогнозии, специфичный для больных алкогольной зависимостью, в данной группе больных также имеет свои особенности. Преодоление его требует от врача большого терпения и опыта. Используются особые обходные пути как при исследовании алкогольного анамнеза для установления диагноза (толерантность, утрата защитного рвотного рефлекса, потеря контроля за дозой и ситуацией, нарушение памяти и пр.), так и при мотивации к лечению — «болезнь мешает нормальной жизни», «не могу ни пить, ни курить».

На первом этапе лечения тема алкоголизма не акцентируется, больше внимания уделяется исследованию переживаний в детском и юношеском периоде, эмоциональной атмосфере в семье, алкоголизации отца, других значимых лиц, переживаний пациента по этому поводу. После включения его в психотерапевтический процесс, появления заинтересованности и мотивации в исследовании себя как личности с многообразием, сложностью и противоречивостью своих отношений и доверительных взаимоотношений с врачом можно переходить к более открытому обсуждению алкогольной проблемы са-

мого пациента, попытаться реанимировать в его памяти наиболее психотравмирующие ситуации, имевшие место в состоянии алкогольного опьянения. Такие воспоминания даются трудно и являются своеобразным катарсисом, особенно если они затрагивают сферу этико-нравственных отношений. Для снижения выраженности переживания «больной совести» целесообразно переключить внимание с нравственно поведенческой оценки на медицинский аспект: утрату тошнотно-рвотного рефлекса, патологические формы опьянения, нарушения памяти. Не рекомендуется употреблять на этих этапах таких прямых диагностических определений, как алкоголизм, наркозависимость. Подобный подход уменьшает возможности конфронтации больного с алкогольной проблемой. Если у больного выражено сопротивление и он отрицает любые возможные психотравмирующие ситуации в состоянии алкогольного опьянения, можно, с согласия пациента, провести встречу с кем-либо из его близких (женой, детьми, матерью и др.). В работе с пациентами следует обсудить характерные особенности сновидений — наличие в их содержании проявлений влечения к алкоголю и употребление его. По сути, осознание алкогольной проблемы является самым важным этапом, определяющим весь дальнейший ход и тактику лечения, — признание наличия алкогольной проблемы и невозможности ее решить самому. Если подключение других пациентов удалось, то лечение становится более успешным. Иногда можно приглашать в возникшую малую группу раннее лечившихся пациентов с аналогичными проблемами. Только при полной идентификации пациентами себя с больными алкоголизмом можно рекомендовать им посещать группы анонимных алкоголиков, предварительно ознакомив их с программой и традициями этих сообществ.

Следует всегда иметь в виду тенденции описываемой категории больных к усилению ипохондрически-фобической интерпретации своего заболевания. Задача врача в этих случаях сводится к мягкому переключению внимания пациента с проблем здоровья на другие ценности, а также на актуальные жизненные проблемы и конфликты. Возможен алкогольный срыв, после которого тем не менее легче ориентировать больного на специальное лечение алкоголизма, методы которого выбирает он сам с помощью врача. Необходимо подчеркнуть, что психотерапевт нередко просматривает алкоголизм и спон-

танную ремиссию его и видит только невротическую проблематику без учета алкогольного звена в патогенезе заболевания.

Психотерапия и другие методы лечения невротических расстройств

Из многочисленных методов психотерапии неврозов, имеющих в большой мере каузальную или симптоматическую направленность, обычно требующих специальной подготовки врача, а также других условий для ее проведения (специальное помещение, необходимая длительность сеансов и пр.), представленных в специальных монографиях по психотерапии (Карвасарский Б. Д., 2007, и др.), в работе ВОП более адекватны для лечения больных неврозами релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, рациональная психотерапия и различные виды внушения (суггестивная психотерапия).

В противоположность рациональной психотерапии, использующей логическую способность пациента проводить сопоставления, анализ, делать выводы, другой адекватный для широкой врачебной практики метод психотерапии — внушение (суггестия). Внушение в состоянии бодрствования наблюдается в той или иной мере при каждой беседе врача с больным, при любом общении, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия.

Эффект внушения тем выше, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. Степень внушения определяется также особенностями личности больного, выраженностью «магического» настроя, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью психических (психологических) воздействий.

При лечении неврозов помимо прямого внушения используется косвенное внушение, являющееся основой опосредующей и потенцирующей «косвенной психотерапии», разновидностью которой является плацебо-терапия.

С учетом роли семейных конфликтов в этиопатогенезе и течении неврозов в качестве одной из форм психотерапии в их комплексном

лечении применяется семейная психотерапия. Последняя представляет собой процесс группового воздействия, направленный на изменение межличностных отношений и имеющий своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье либо их компенсацию.

Наряду с методами психотерапии широкое распространение при лечении неврозов получили фармакологические, в особенности **психотропные, средства**. Выбор психотропного препарата основывается на характере ведущего синдрома, типа и этапа невротического состояния. В целом, при остро возникающих, эмоционально насыщенных и мало связанных с личностью больного невротических проявлениях можно достичь бо́льших терапевтических результатов, чем при вялотекущих, менее эффективно заряженных, длительных невротических состояниях, при которых отмечается «сплав» невротического состояния с личностью больного, его отношениями, установками, тенденциями.

Из всех основных групп психофармакологических средств: нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, психостимуляторов — при неврозах наиболее широкое применение получили транквилизаторы, в основном производные бензодиазепина: диазепам (седуксен, реланиум, сибазон), хлордиазепоксид (валиум, элениум), нитразепам (эуноктин, радедорм), оксазепам (тазепам, нозепам), медазепам (рудотель, мезапам), лоразепам (атипан), феназепам, тофизопам (грандаксин), клоназепам, альпразолам. В лечебной практике используются также анксиолитики и седативные препараты, не являющиеся производными бензодиазепина, такие как амизил (бенактизин), мебикар, фенибут, атаракс, афобазол. Под влиянием транквилизаторов в первую очередь уменьшаются эмоциональная возбудимость и аффективная насыщенность невротических переживаний, нарушения засыпания и вегетативные дисфункции, затем депрессивные расстройства, повышенная истощаемость, раздражительность.

Помимо транквилизаторов при неврозах используются средства психостимулирующего, нейролептического действия (так называемые малые нейролептики: тиоридазин (меллерил, сонапакс, терален) и антидепрессивного действия (антидепрессанты-седатики: амитриптилин, анафранил, леривон, ремерон). Традиционно при неврозах применяются лекарственные препараты общеукрепляющего (фитин, кальция глицерофосфат, липоцеребрин, глюкоза, ин-

сулин, витамины), седативного (бромиды, валериана), стимулирующего (женьшень, пантокрин, китайский лимонник, элеутерококк, алоэ) действия, вегетативные «гармонизаторы» (беллоид, белласпон, пирроксан). Арсенал этих средств постоянно пополняется: при неврозах широко применяются церебролизин, ноотропы — аминалон, пирацетам (ноотропил), пиридитол (энцефабол).

Факторами лечебного эффекта физических средств является их действие, направленное на нормализацию нейродинамики, устранение нейровегетативных и нейросоматических дисфункций.

Одним из методов рефлекторной физической терапии является **иглоукалывание**. Применение его при неврозах, заболеваниях, характеризующихся выраженной неустойчивостью основных нервных процессов и вегетативных функций, вполне оправданно. Особенность метода — строгая локальность, возможность непосредственного воздействия на нервные окончания и разные уровни нервной системы. Выбор точек и сочетания их строго индивидуализируются. Применяются точки отдаленно-рефлекторного действия, оказывающие регулирующее влияние на функциональное состояние нервной системы в целом; точки метамерно-сегментарного действия, особенно широко использующиеся при нейровегетативных и нейросоматических расстройствах, а также точки локального действия, которые рассматриваются как симптоматические. С целью воздействия на нейродинамику лечение больных неврозами во всех случаях целесообразно начинать с применения иглоукалывания в точки общего действия. Затем, учитывая особенности клинических проявлений заболевания, с 3–4-го сеанса присоединяются воздействия на точки сегментарного и локального действия. Таким образом, при неврозах в процессе иглоукалывания обычно участвуют точки всех трех категорий.

Прежде чем перейти к изложению особенностей различных видов симптоматической терапии (медикаментозной, физиотерапии) при отдельных невротических синдромах, следует акцентировать внимание на том, что все эти виды терапии оказываются эффективными, если они проводятся в системе каузальной психотерапии, выступающей в качестве метода, определяющего непосредственный и в особенности отдаленный исход при неврозах.

Обсессивно-фобический синдром. Больным с навязчивыми страхами, напряженностью и тревогой показаны препараты бензодиазепинового ряда, наиболее эффективными из которых являются клоназепам, альпразолам, диазепам (седуксен), феназепам. При выраженном тревожно-фобическом синдроме более эффективно введение диазепама (седуксена, сибазона) парентерально. Сравнительно менее эффективны психотропные средства (как и в целом медикаментозная терапия) при отвлеченных навязчивых переживаниях. Терапевтического эффекта при фобиях и обсессиях можно добиться, применяя средние дозы малых нейролептиков с транквилизирующим действием (сонапакс, эглонил). При нозофобиях и страхах с ритуальными действиями, при тяжелых обсессиях (контрастные представления, страх загрязнения, навязчивые движения) используют сочетания диазепама или феназепама с амитриптилином и сочетания транквилизаторов с нейролептиками. При выраженных вегетативных проявлениях назначают вегетативные «гармонизаторы», седативные средства, физиотерапию, иглорефлексотерапию.

Синдром невротической депрессии. При невротических депрессиях показаны антидепрессанты, транквилизаторы и психостимулирующие препараты. В случае астено-депрессивного синдрома следует назначать диазепам, феназепам, грандаксин; тревожно-депрессивного — амитриптилин, феназепам, диазепам, сонапакс; при нарушениях сна — нитразепам; при невротической депрессии в структуре истерических затяжных неврозов рекомендуются малые нейролептики, а также их комбинации с антидепрессантами-седатиками (амитриптилин, ремерон, леривон, коаксил). Назначение антидепрессантов с выраженным стимулирующим действием (ципрамил, флюоксетин, сертралин) в этом случае может способствовать наряду со снижением депрессивных расстройств усилению истерической симптоматики.

Ипохондрический синдром. Показаны средства общеукрепляющего действия, транквилизаторы, антидепрессанты в небольших дозировках (мелипрамин), психостимулирующие средства, ноотропы. Рекомендуется также трудотерапия, ЛФК, физиотерапия. При астено-ипохондрическом синдроме полезны транквилизаторы с активирующим и стимулирующим эффектом, отдельные антидепрессанты (пароксетин, ципрамил, флюоксетин, сертралин). При лечении ипохондрических фобий используют средства, рекомендованные для те-

рапии фобического синдрома (главным образом транквилизаторы); при включениях в структуру ипохондрического синдрома дистимических проявлений также полезны антидепрессанты.

Астенический синдром. Соматотерапия проводится дифференцированно с учетом характера астении. При гиперстенических проявлениях используют прежде всего седативные и транквилизирующие средства: бромиды, настойку валерианы, ландыша, хлордиазепоксид, а также терален и другие малые нейролептики в небольших дозах. При гипостении показаны легкие стимуляторы (женьшень, китайский лимонник, элеутерококк). При собственно астенических проявлениях, более характерных для затяжных форм неврозов, проводят общеукрепляющее лечение витаминами, биостимуляторами (алоэ, милдронат, АТФ), ноотропами (аминалон, пирацетам, пиридитол), а при выраженной астении — инсулинотерапией малыми дозами. При гипостенических расстройствах могут быть применены транквилизаторы, обладающие активирующим действием: грандаксин, сибазон. При выраженных вегетативных дисфункциях в структуре астенического синдрома рекомендуют беллоид, белласпон, назначают иглорефлексотерапию, общий электрофорез брома, гальванизацию по Бургиньону. В комплексе лечебных мероприятий используют массаж, ЛФК.

Вегетативные и диэнцефальные расстройства. Лечение направлено на уменьшение степени вегетативных дисфункций в межпароксизмальном периоде и купирование вегетативных пароксизмов. Первая задача решается с учетом преобладания исходного тонуса вегетативной нервной системы. Так, при повышенном тонусе симпатико-адреналовой системы и одновременной недостаточности компенсаторных проявлений со стороны парасимпатического отдела рекомендуется сочетание симпатолитических (никотиновая кислота, анаприлин и др.) и холиномиметических (препараты калия, небольшие дозы инсулина) средств. При преобладании тонуса вагоинсулярной системы применяют холинолитические средства либо центрального, либо периферического действия (в зависимости от уровня поражения): амизил, препараты белладонны. При относительной недостаточности симпатико-адреналовой системы показаны препараты кальция, аскорбиновая кислота, витамины группы В.

В тех случаях, когда имеются нарушения функции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, применяют средства, воздействующие на оба ее отдела (беллоид, белласпон и др.). Из физиотерапевтических методов рекомендуется интраназальный электрофорез хлорида кальция для снижения тонуса симпатико-адреналовой системы и димедрола — при нарушениях парасимпатического тонуса.

При кризах симпатико-адреналового характера показан электрофорез эуфиллина на воротниковую область, а при явлениях симпатико-адреналовой недостаточности — адреналина. Для купирования симпатико-адреналовых кризов назначают препараты, обладающие адренолитическим действием (пирроксан), вагоинсулярных — дифацил, апрофен. Широко используют для этих целей антигистаминные средства (димедрол, супрастин), а также транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Наиболее эффективны для купирования вегетативно-диэнцефальных кризов диазепам и клоназепам. Не обладая ни адренолитическим, ни холинолитическим действием, диазепам блокирует патологические импульсы, исходящие из подбугровой области, на уровне глубоких отделов мозга. Рекомендуются также различные «диэнцефальные» смеси (Громов С. А., 1978), включающие в разных сочетаниях адренолитические средства (аминазин, пирроксан), антигистаминные (димедрол, супрастин), транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) и др. Некоторым больным неврозами при плохой переносимости препаратов назначать эти сочетания нужно в минимальных дозировках.

Терапия невротических расстройств сердечно-сосудистой системы проводится с учетом направленности вегетативного тонуса, зависящего от типа психопатологических нарушений. Для тревожного синдрома характерно усиление симпатико-адреналовых влияний, для ипохондрического и депрессивного — парасимпатических. Состояние вегетативного тонуса при фобическом синдроме характеризуется активацией обоих отделов вегетативной нервной системы с развитием гиперамфотонии.

Основной группой препаратов, используемых для лечения тахикардиального варианта сердечно-сосудистых расстройств, протекающих с увеличением частоты сердечных сокращений и повышением артериального давления, являются β-адреноблокаторы, оптимизи-

рующие работу сердца. Они эффективны также как антиангинальные средства, так как накопление молочной кислоты в результате гиперкатехолемии выступает ведущим фактором в генезе кардиалгии. Для «базисной» терапии рекомендуются β-адреноблокаторы преимущественно кардиоселективного действия (корданум).

Из неселективных препаратов предпочтительнее тразикор, вискен. При значительной тахикардии и пароксизмальных вегетативных нарушениях целесообразно применение анаприлина.

Для снижения симпатического тонуса из препаратов преимущественно вегетотропного действия используются грандаксин, периферические холинолитики (беллоид, белласпон), дигидроэрготамин, обладающий периферическим адренолитическим действием, альфа-адреноблокаторы (пирроксан).

При гипокинетических сердечно-сосудистых расстройствах, в основе которых лежит усиление парасимпатических влияний, рекомендуются сосудореактивные препараты антиоксидантного действия: этимизол в сочетании с лигандами бензодиазепиновых рецепторов (никотинамид). При лечении гипокинетического синдрома эффективно использование нонахлазина, обладающего кардиостимулирующим эффектом, который достигается стимуляцией β-адреноструктур миокарда.

Возможно применение сосудорасширяющих препаратов, улучшающих периферическое кровообращение. К ним относятся миотропные препараты (папаверин, дибазол), периферические вазодилататоры (миноксидил), кальциевые антагонисты (коринфар, финоптин), препараты никотиновой кислоты, а также средства, улучшающие реологические свойства крови (трентал).

Для снижения активности парасимпатического отдела применяют м-холинолитики (амизил), препараты кальция (глюконат, лактат), бутироксан.

При терапии гиперамфотонии широкое распространение нашли ганглиоблокаторы (ганглерон), применяемые короткими курсами до 10–15 дней. Эффективен тропафен, соединяющий в себе качества α-адреноблокатора и атропиноподобные свойства и применяемый парентерально (внутримышечно или подкожно).

Не следует без надобности назначать пациентам с невротическими сердечно-сосудистыми расстройствами локальные физиотерапевти-

ческие процедуры на область сердца в силу их нередкого побочного ятрогенного влияния на больных.

Л. А. Ульянова (1980) указывает на терапевтическую эффективность при указанных расстройствах сероводородных и йодобромных ванн, а также ультразвуковой ингаляции седативных средств.

Невротические расстройства дыхания обычно специального фармако- и физиотерапевтического лечения не требуют. Проводится комплекс дифференцированных лечебных воздействий, направленных как на личность больного в целом, так и на отдельные звенья патологического процесса, который включает в себя:

1) личностно-ориентированную психотерапию;
2) устранение общеневротических симптомов с помощью традиционных средств;
3) АТ-органотренировку по специальной методике;
4) режим молчания или ограничения речи, рекомендуемые некоторым больным;
5) постановку речевого дыхания и темпа речи; дыхательную гимнастику с акцентом на наиболее полном выдохе;
6) обучение специальному приему преодоления возникающего ощущения «нехватки воздуха»;
7) устранение ЛОР-патологии, нарушающей функцию внешнего дыхания.

Важным лечебным фактором является овладение больными специальным приемом преодоления ощущения «нехватки воздуха», суть которого заключается в том, что при возникновении симптомов одышки больной не стремится тотчас же вдыхать воздух ртом, а, напротив, вначале делает как можно полнее активный выдох через рот, за счет сокращения мышц брюшной стенки, более полного сжатия грудной клетки приведением плеч и легкого наклона туловища вперед. После активного полного выдоха следует пауза 2–3 с, и только затем больной плавно производит вдох через нос за счет распрямления туловища, слегка притормаживает волевым усилием желание вдохнуть форсированно и глубоко. Этот прием, продемонстрированный вначале врачом, быстро усваивается первичными больными.

Больным во время приступа ларингоспазма, возникающего в связи с волнениями или поперхиваниями, рекомендуется наклониться

вперед ниже пояса и в этом положении, задержав дыхание на несколько секунд, расслабиться, успокоиться и только после этого совершать легкие дыхательные движения, несмотря на возможное императивное желание дышать более интенсивно.

При проведении гетеротренинга, когда наметился сдвиг к улучшению состояния больных, вводится формула внушения свободного, легкого дыхания. Если у пациента в ответ на это не отмечается болезненной фиксации на акте дыхания, ухудшающей его, в гетеро- и аутотренинг вводят упражнения дыхательной гимнастики.

Невротические желудочно-кишечные расстройства. Включение в комплексную терапию таких больных наряду с психотерапией и фармакологических средств приобретает как прямую (биологическую), так и косвенную (психотерапевтическую) роль. Больным нужно подробно объяснять механизм действия того или иного препарата, точно указывать время его приема (до или после еды, с обозначением временных промежутков). При рвоте показаны умеренная щадящая диета, прием пищи небольшими порциями, спазмолитические средства, эглонил и церукал. Для быстрого купирования приступа невротической рвоты весьма эффективны одновременные однократные внутримышечные введения 5 мл 5%-ного раствора барбамила и 1–2 мл 10%-ного раствора кофеин-бензоата натрия. При неврогенной рвоте типа срыгивания, в основе которой, как правило, лежит стойкое угнетение первой (нервно-рефлекторной) фазы пищеварения, с успехом может применяться разгрузочная диетотерапия. При нарушениях кислотообразующей функции желудка рекомендуется ряд препаратов. В случае понижения кислотообразующей функции целесообразно использовать абомин, содержащий протеолитические ферменты. Плантаглюцид, содержащий смесь полисахаридов, назначают внутрь в виде гранул по 0,5–1 чайной ложке на четверть стакана теплой воды 2–3 раза в день в течение 3–4 недель. При значительном повышении кислотообразующей функции желудка используют холинолитики в индивидуально подобранных дозах (атропин, метацин, платифиллин, Н2-блокаторы гистамина — циметидин, гистодил, ранитидин и др.). При спастических расстройствах органов пищеварения показаны галидор, спазмалгон, датискан, феникаберан. В случае ахилии и сопутствующей кишечной диспепсии показаны ферментные препараты (фестал, дигестал, панзинорм, селизим и др.).

В качестве дополнительной терапии могут быть использованы средства, относящиеся к фитотерапии. В состав лекарственных сборов включают растения, обладающие различными свойствами. К болеутоляющим растениям относят мяту, аир, анис, спорыш, лен, чистотел. Седативный эффект имеют аир, валериана, душица, календула, пустырник, тысячелистник, фенхель. В ряде случаев целесообразно назначение лечебных минеральных вод. При сниженной секреторной функции желудка рекомендуются более минерализованные воды, содержащие хлориды и сульфаты. При повышенной секреторной функции желудка применяют минеральные воды с малой или средней минерализацией. При невротических расстройствах желудочно-кишечного тракта показана также иглорефлексотерапия.

Лечение невротических расстройств мочевыделения может быть эффективным только в том случае, если оно направлено на устранение общеневротических расстройств, нормализацию рефлекторной деятельности почек и мочевого пузыря, коррекцию нарушенных отношений личности.

Устранение первой группы расстройств достигается традиционными средствами: медикаментами (преимущественно транквилизаторами) и АТ по общепринятым методикам; второй — посредством рациональной психотерапии, гипносуггестии, АТ-органотренировки, иглорефлексотерапии, функциональных тренировок; третьей — проведением личностно-ориентированной психотерапии.

Пациенты с «мочевой застенчивостью», испытывающие затруднения при мочеиспускании в присутствии посторонних, должны знать, что чрезмерное напряжение мышц брюшного пресса и промежности, производимое ими, приводит к обратному желаемому результату — затруднению или же вовсе прекращению мочеиспускания, что «надо быть рассеянным, чтобы хорошо помочиться» (Raymond F., 1903).

Эффективность гипносуггестии при лечении невротических расстройств мочевыделения отмечалась многими авторами. П. Дюбуа (1912), разработавший метод рациональной психотерапии, противник внушения и гипноза, вынужден был признать, что «это как раз та исключительная область, в которой я не прочь прибегнуть к гипнозу». Формулы внушения, в том числе «вооруженного», опосредованного, должны быть составлены таким образом, чтобы определить ритм и объем потребляемой жидкости и выделяемой мочи, побуж-

даемые соответствующими ощущениями. Так, например, при функциональной полиурии необходимо в первую очередь дезавуировать чувство жажды, определяющее полидипсию: «С каждым сеансом (с каждым приемом лекарства) жажда уменьшается, уходит!» — и указать количество стаканов воды, выпиваемых в определенные часы суток. Эффективны сеансы суггестии, проводимые высокоэмоционально (эмоционально-стрессовая психотерапия по В. Е. Рожнову (1982)).

При проведении аутогенной органотренировки необходимо совместо с пациентами подобрать лечебные формулы намерения, цели. При соответствующих вариантах нарушений мочевыделения они могут выглядеть ориентировочно так: «Я свободно, раскованно, уверенно чувствую себя вне дома (в транспорте, в кино, в любом месте)! Позывы мочиться возникают только дома (и на работе) при полном мочевом пузыре». «Я свободно, раскованно, расслабленно чувствую себя в общественном туалете: до посторонних мне нет дела, мочусь свободно, как будто я один». Во время сеансов органотренировки, добившись успешного выполнения 5-го стандартного упражнения по И. Шульцу (явственное ощущение тепла в области солнечного сплетения разливается по всему животу), следует вызывать ощущение расслабленности, покоя, легкого тепла внизу живота в области мочевого пузыря.

Необходимо вновь подчеркнуть, что методы симптомоцентрированной психотерапии могут обеспечить при невротических расстройствах мочевыделения устойчивый лечебный эффект лишь при их сочетании с каузальной психотерапией.

Другие психические расстройства и их лечение

Основные понятия о психозах и общие механизмы их развития

Значительное распространение психических расстройств, нередкие диагностические трудности и терапевтическая резистентность делают эту проблему актуальной не только для психиатров, но и для врачей других специальностей. ВОП все чаще приходится сталкиваться с психиатрическими проблемами, особенно из области так называемой пограничной психиатрии. В зависимости от характера и интенсивности психических нарушений больной может быть направлен к психиатру и в соответствующее учреждение или в ряде случаев может оставаться под опекой ВОП. В связи с этим важным для ВОП является повышение уровня знаний в области диагностики и терапии психических заболеваний.

Понятие «психические болезни» не исчерпывается психозами. «Психозами» обозначаются лишь выраженные формы психических нарушений, т. е. такие патологические состояния психической деятельности, при которых психические реакции проявляются в грубом расстройстве отражения реального мира и существенной дезорганизации поведения. К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся указанными нарушениями. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза, например обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, соматогениями, интоксикациями и др.

Существуют различные гипотезы этиопатогенеза психозов — наследственная передача, биохимические, психосоциогенетические и др. Определенную группу причин психических заболеваний составляют соматические болезни (особенно при эндокринной, сердечно-сосудистой и онкологической патологии).

В последние десятилетия во взглядах на этиопатогенез психических заболеваний преобладает многофакторный подход, причем каждый из факторов при разных болезнях и у конкретных больных может иметь различное значение.

Разнообразные биологические и психосоциальные факторы могут быть предрасполагающими, вызывающими или поддерживающими психическое заболевание. К **предрасполагающим факторам**, которые определяют повышенный риск возникновения болезни, относят, в частности, конституциональный фактор (наследственные особенности, возникшие в периоды развития плода или раннего детства) — совокупность психических и физических свойств, характерных для больного и облегчающих развитие определенных психических заболеваний, в частности шизофрении и маниакально-депрессивного психоза. В системе предрасполагающих условий особое место занимает личность, развитие и особенности которой связаны с психологическими и социокультурными факторами, определяющими своеобразие отношений личности, ее систему ценностей, механизмы адаптации (типы психологической защиты и совладания с жизненными трудностями и болезненными состояниями). **Большинство из предрасполагающих факторов может выступать в роли вызывающих психоз или поддерживающих его течение.**

Для возникновения психической болезни решающее значение имеют те внутренние и внешние условия, в которых действует причина. Каждая болезнь, возникая от определенной причины, развивается в результате характерного для нее взаимодействия названных движущих сил. Острые травматические психозы возникают при преобладании непосредственно внешнего воздействия. Для инфекционных психозов нередко большое значение имеют эндогенные особенности (чаще лихорадочный делирий развивается у детей и женщин). Различные нозологически самостоятельные заболевания могут иметь одну причину, но разные механизмы развития. Например, белая горячка, корсаковский психоз, алкогольный бред ревности, алкогольный галлюциноз имеют единую этиологию — хронический алкоголизм, но патогенез их различен, что делает каждое из них самостоятельным заболеванием.

Синдромологическая и нозологическая классификация психических болезней

Распознавание любой болезни начинается с выявления и определения симптома. Однако отдельный симптом приобретает диагностическое значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами, т. е. в синдроме. Клиническому проявлению каждого заболевания свойственно преобладание тех или иных синдромов.

Основными методами диагностики психических расстройств являются наблюдение и беседа. Обычно врач любой специальности невольно оценивает психическое состояние. Целенаправленное психическое обследование требует учета ряда условий и может являться частью клинического обследования. В ходе наблюдения отмечаются такие особенности, как сдержанность или возбужденность, напряжение, раздражение или боязливость, неуверенность, т. е. особенности невербального поведения, выражающие эмоциональное состояние больного. В реакциях больного относительно врача (доверие, враждебность, защита, страх) также может проявляться имеющееся у пациента эмоциональное расстройство.

Основные элементы исследования и оценки психического состояния больного должны быть в лечебной практике обязательной частью систематического и целенаправленного диагностического процесса. Некоторая часть этой информации поступает при физическом обследовании и сборе анамнеза.

Исследование психического состояния должно производиться в следующих плоскостях:

1. Общее поведение (невербальные аспекты, привлекающие внимание уже при первом контакте с больным (аффективность, бред, странное поведение)).

2. Выяснение настроения больного (возможность депрессии и связанного с нею суицида); с этой целью полезно задать вопросы о настроении в последнее время, о надеждах, о ценностях жизни и т. п.

3. Сознание и ориентировка, их нарушения, встречаемые при органических психозах, обнаруживаются обычно в ситуации скорой помощи и проявляются в ошибочных ответах о времени, месте и собственной личности.

4. Внимание и память:

- трудности в сосредоточении и концентрации внимания на длительное время обнаруживаются обычно при психических расстройствах органического генеза, а наиболее простым тестом на концентрацию внимания является повторение нескольких цифр (от 3 до 6);
- нарушения памяти сводятся к нарушению припоминания информации — обычно в случаях выраженной тревоги или последствий инфекционных, интоксикационных заболеваний, при органической патологии головного мозга;
- вопросы о датах из прошлой жизни пациента и более известных исторических событий позволяют получить представление относительно памяти на прошлое;
- может отмечаться потеря способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события (основной признак синдрома Корсакова).

5. Речь — быстрый (маниакальный синдром) или медленный (депрессивный синдром) темп речи, необычные, странные слова — неологизмы при шизофрении; бедность словарного запаса, трудности в «припоминании» слов и их значения отмечаются при психических расстройствах органического генеза.

6. Мышление — формальные нарушения мышления могут проявляться:

- во внезапных остановках, перерывах мысли или бессвязном мышлении («словесная окрошка») при шизофрении;
- нарушение содержания мышления может носить характер сверхценных идей — суждения, возникшие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании;
- ВОП может встретить пациентов со сверхценными идеями ипохондрического содержания — чрезмерная фиксация и эмоциональный интерес к вопросам здоровья, функционированию своего тела;
- бред — некорригируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных оснований; чаще на приеме у ВОП может оказаться больной с ипохондриче-

ским или нигилистическим бредом — убежденность в развитии неизлечимого заболевания, прекращении деятельности кишечника, исчезновении внутренностей, что характерно для депрессивных расстройств;

- жалобы больного на изменения тела, формы носа или лица, гениталий, на неприятный запах могут носить бредовый характер (дисморфофобия) и встречаются при шизофрении;
- навязчивые симптомы проявляются в принудительном, насильственном, неодолимом возникновении у больных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, действий, движений при осознании их болезненности и критическом отношении к ним; чаще всего встречаются при неврозах.

Знание ВОП особенностей основных психопатологических синдромов может быть полезным для более раннего выявления психических заболеваний и своевременного направления психически больного на лечение к психиатру.

Аффективные синдромы. Речь здесь идет о депрессивном и маниакальном синдромах при маниакально-депрессивном психозе.

Депрессивный синдром при типичной эндогенной депрессии складывается из сниженного, тоскливого настроения, замедления мышления, двигательной заторможенности (депрессивная триада). Иногда тоска переживается не только как душевная боль, но и как крайне тягостное физическое ощущение в области сердца. Пациент указывает на невозможность переживания радости, неспособность к испытанию удовольствия от чего-либо. Нередко депрессию сопровождает тревога, выступающая в форме страха, неуверенности, а также в виде двигательного беспокойства и усиленных симптомов вегетативного возбуждения.

Депрессивным состояниям свойственны суточные колебания настроения с улучшением общего состояния вечером. Для депрессивных больных характерны чувства малоценности, вины, отрицательная оценка прошлого и будущего и связанные с этим мысли о самоубийстве (суицидальные мысли и намерения). В депрессивный синдром входят также соматовегетативные расстройства в виде нарушения сна (обычно раннего пробуждения), снижения аппетита с уменьшением массы тела, нарушения функций желудочно-ки-

шечного тракта (запоры), снижения полового влечения с импотенцией и аноргазмией и др.

Маниакальный синдром противоположен по своим проявлениям депрессивному. Маниакальные больные редко обращаются к ВОП, так как их положительная оценка внутренней и внешней действительности касается также и собственного здоровья. Этот синдром характеризуется повышенным, радостным настроением, ускорением мышления и повышенной деятельностью (маниакальная триада). Повышенное настроение больного с маниакальным состоянием связывается в познавательной сфере с высокой оценкой собственной личности, своих способностей и возможностей. Противодействие со стороны окружения пациентами воспринимается как целенаправленное затруднение действий и вызывает нередко агрессивную реакцию больного. Сон также поверхностный и краткий, больные имеют как бы уменьшенную потребность сна, не ощущают утомления. У пациентов отмечается усиление аппетита, сексуального влечения. Синдром, при котором повышение настроения и напряжения имеет умеренный характер, определяется как гипоманиакальное состояние. Пациенты с этим синдромом подвижны, активны, разговорчивы, отличаются веселостью, однако своей чрезмерной активностью и ненужными вмешательствами мешают окружающим.

Шизофренические синдромы. Больные с выраженными в полной мере синдромами этого типа относительно редко обращаются в кабинет ВОП. Значительные и видимые нарушения поведения при этих синдромах приводят к тому, что такие больные находятся, как правило, под наблюдением психиатра. У ВОП относительно чаще появляются больные в начальном периоде, когда симптомы имеют характер общего снижения активности, неотчетливых жалоб на головные боли, чувство изменения в функционировании отдельных органов. Среди шизофренических синдромов можно отметить кататонические — возбуждение и ступор. Кататоническое возбуждение проявляется избытком хаотических действий, разорванной речью. Поступки и отдельные движения импульсивны, неестественны, манерны. Нередко наблюдается агрессия, особенно при попытках ограничения движений. Кататонический ступор характеризуется снижением всякой активности, молчанием, длительным сохранением приданной позы (феномен восковой гибкости). Чаще всего этот

синдром начинается с постепенного падения активности и интересов, изменение настроения имеет обычно характер апатии, но бывает также угнетенность и суицидальные попытки. После продолжающегося от нескольких недель до нескольких месяцев начального периода быстро нарастает спад двигательной активности. Больной не встает с постели, сидит либо стоит неподвижно в одном месте и в одной позе. При попытках вмешательства возникает активный или пассивный негативизм.

Гебефренный синдром характеризуется двигательным и речевым возбуждением с нелепым, манерно-дурашливым поведением на фоне немотивированной веселости, иногда сопровождается импульсивными антисоциальными поступками. Характерны эмоциональное опустошение, разорванность мышления, прогрессирующий распад личности.

Параноидный (галлюцинаторно-параноидный) синдром отражает распад всех компонентов личности. Распад познавательных элементов вызывает развитие бреда. Часто с содержанием бреда связываются элементы синдрома Кандинского—Клерамбо, который представляет совокупность взаимосвязанных симптомов: псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости. Для него характерны утрата принадлежности себе собственных психических актов, чувство постоянного влияния действующей извне посторонней силы. Параноидный синдром имеет обычно медленное начало, продолжающееся несколько недель или месяцев. Первоначально бред не имеет отчетливого характера. Преобладает неясное чувство изменения отношений между больными и окружением. Могут появляться неспецифические симптомы в форме фобии или дереализации, также кататонические и депрессивные элементы. Наблюдаются упадок активности, беспокойство, тревога, нарушение сна, головные боли, сердечные жалобы, остановки мышления, ступорозные и возбужденные вкрапления, ипохондрические интерпретации, суицидальные мысли и попытки.

Паранойяльный синдром исчерпывается первичным бредом (ревности, изобретения, преследования и др.). Здесь отсутствуют элементы синдрома Кандинского—Клерамбо, формальные нарушения мышления, а эмоциональные переживания изменяются соответственно содержанию бреда. Иногда содержание бреда имеет связь с ситуацией

больного. Так, возникновение бреда преследования, а иногда — бреда отношения может происходить у глухих людей с учетом затруднения коммуникаций с окружающими и вытекающим отсюда непониманием их поведения. Аналогичный механизм может быть у пациентов с сенсорной афазией.

Парафренный синдром — сочетание систематизированного бреда преследования и воздействия с фантастическим бредом величия, разнообразные явления психического автоматизма. Обычно парафренный синдром наблюдается в позднем возрасте.

Психоорганический синдром — состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, ослаблением внимания, недержанием аффектов. Больные становятся бестолковыми, обнаруживают слабость суждения, нарушения адаптации. Психоорганический синдром развивается в результате органического поражения головного мозга. При прогрессировании этого заболевания общая психическая беспомощность углубляется, достигая степени слабоумия.

Отдельные этапы расстройства психической деятельности могут быть одинаковыми при разных болезнях и проявляются одними и теми же синдромами. Например, астенический синдром возможен при неврозе, органическом заболевании головного мозга, шизофрении и других психических заболеваниях. Однако каждый такой синдром имеет специфику, связанную с особенностями конкретного заболевания. Синдромы, представляющие собой патологические продуктивные образования (патологические позитивные: «плюс»-расстройства), при прогрессирующей психической патологии возникают одновременно, в единстве с явлениями ущерба, упадка психической деятельности (негативными знаками, «минус»-расстройствами), типичными для отдельных болезней. Так, астенический синдром при атеросклерозе головного мозга сочетается с ослаблением памяти, снижением психической адаптации и другими негативными расстройствами; при шизофрении — с замкнутостью, эмоциональным опустошением.

Каждой нозологически самостоятельной болезни присущ круг определенных синдромов и закономерная их смена. По мере прогрессирования болезни синдромы превращаются из простых в сложные. Маниакальный синдром может трансформироваться в маниакально-бредовый, маниакально-кататонический. Каждой психической болезни свойствен определенный стереотип развития.

Признаки начинающегося заболевания или обострения

Психоз может иметь сложную структуру и сочетать галлюцинаторные, бредовые и эмоциональные расстройства (расстройства настроения) в различных соотношениях. Приведенные ниже признаки могут появляться при заболевании в сочетании либо же по отдельности.

Проявления слуховых и зрительных галлюцинаций:

- Разговоры с самим собой, напоминающие беседу или реплики в ответ на чьи-то вопросы.
- Смех без видимой причины.
- Внезапное замолкание, какбудто человек к чему-то прислушивается.
- Встревоженный, озабоченный вид; невозможность сосредоточиться на теме разговора или определенной задаче.
- Впечатление, что больной видит или слышит то, что окружающие воспринять не могут.

Появление бреда можно распознать по следующим признакам:

- Изменившееся поведение по отношению к родственникам и друзьям, появление необоснованной враждебности или скрытности.
- Прямые высказывания неправдоподобного или сомнительного содержания (например, о преследовании, о собственном величии, о своей неискупимой вине).
- Защитные действия в виде зашторивания окон, запирания дверей, явные проявления страха, тревоги, паники.
- Высказывание без явных оснований опасений за свою жизнь и благополучие, за жизнь и здоровье близких.
- Отдельные, непонятные окружающим многозначительные высказывания, придающие загадочность и особую значимость обыденным темам.
- Отказ от еды или тщательная проверка содержания пищи.
- Активная сутяжническая деятельность (например, письма в милицию, различные организации с жалобами на соседей, сослуживцев и т. д.).

Как реагировать на поведение человека, страдающего бредом:

- Не следует задавать вопросы, уточняющие детали бредовых утверждений и высказываний.
- Не следует спорить с больным, пытаться доказывать ему, что его убеждения неправильны. Это не только не действует, но и может усугубить имеющиеся расстройства.
- Если больной относительно спокоен, настроен на общение и помощь, необходимо внимательно выслушать его, успокоить и постараться уговорить обратиться к психиатру.

Предотвращение суицида

Практически при всех депрессивных состояниях могут возникать мысли о нежелании жить. Но особенно опасны депрессии, сопровождающиеся бредом (например, виновности, обнищания, неизлечимого соматического заболевания). У больных на высоте тяжести состояния практически всегда возникают мысли о самоубийстве и суицидальная готовность.

О возможности суицида предупреждают следующие признаки:

- Высказывания больного о своей ненужности, греховности, вине.
- Безнадежность и пессимизм в отношении будущего, нежелание строить какие-либо планы.
- Наличие голосов, советующих или приказывающих покончить с собой.
- Убежденность больного в наличии у него смертельного, неизлечимого заболевания.
- Внезапное успокоение больного после длительного периода тоскливости и тревожности. У окружающих может возникнуть ложное впечатление, что состояние больного улучшилось. Он приводит свои дела в порядок, например, пишет завещание или встречается со старыми друзьями, с которыми давно не виделся.

Предупредительные меры:

- К любому разговору на тему суицида следует относиться серьезно, даже если врачу кажется маловероятным, что больной может попытаться покончить с собой.

- Если у ВОП возникнет впечатление, что больной уже готовится к суициду, он должен, не раздумывая, немедленно направить больного к психиатру или срочно сообщить об этом в психоневрологический диспансер.

Многие люди испытывают недоверие к психиатрам, что связано с искусственно усиленной средствами массовой информации в годы перестройки проблемой так называемой «советской карательной психиатрии». С консультацией психиатра большинство людей в нашей стране до сих пор связывают различные тяжелые последствия: постановка на учет в психоневрологическом диспансере, поражение в правах (ограничение возможности вождения автотранспорта, выезда за границу, ношения оружия), угроза потери престижа в глазах окружающих, социальная и профессиональная дискредитация. Боязнь этого своеобразного клейма, или, как сейчас принято говорить, «стигмы», убежденность в сугубо соматическом (например, неврологическом) происхождении своего страдания, уверенность в неизлечимости психических расстройств методами современной медицины и, наконец, просто отсутствие понимания болезненного характера своего состояния заставляют заболевших людей и их родственников категорически отказываться от всяких контактов с психиатрами и приема психотропной терапии — единственной реальной возможности улучшить их состояние. Следует подчеркнуть, что после принятия в 1992 г. нового Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» большинство из вышеперечисленных опасений являются безосновательными.

Учет в психоневрологическом диспансере отменен уже много лет назад, и в настоящее время посещение психиатра не грозит негативными последствиями. В наши дни «учет» заменен консультативно-лечебной помощью и диспансерным наблюдением. К консультативному контингенту относятся больные с нетяжелыми и кратковременными психическими расстройствами. Помощь им оказывается в случае самостоятельного и добровольного обращения в диспансер, по их просьбе и с их согласия. Несовершеннолетним пациентам в возрасте до 15 лет помощь оказывается по просьбе или с согласия их родителей либо законных представителей их прав.

В группу диспансерного наблюдения входят больные, страдающие тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися психическими рас-

стройствами. Диспансерное наблюдение может устанавливаться решением комиссии врачей-психиатров независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, и осуществляется путем регулярных осмотров врачами психоневрологических диспансеров. Прекращение диспансерного наблюдения осуществляют при условии выздоровления или значительного и стойкого улучшения состояния больного. Как правило, наблюдение прекращают при отсутствии обострений в течение 5 лет.

При появлении первых признаков душевного расстройства обеспокоенные родственники предполагают худшее — шизофрению. Между тем, как уже было сказано, психозы имеют и другие причины, поэтому каждый больной требует тщательного обследования. Иногда промедление с обращением к врачу чревато тяжелыми последствиями (психотические состояния, развившиеся вследствие опухоли головного мозга, инсульта и т. д.). Для выявления истинной причины психоза необходима консультативная помощь квалифицированного психиатра с использованием сложнейших высокотехнологических методов. Вот еще почему обращение к нетрадиционной медицине, не располагающей всем арсеналом современной науки, может привести к непоправимым последствиям, в частности к неоправданной задержке первой консультации у психиатра. В итоге нередко в больницу пациента привозит машина «скорой помощи» в состоянии острейшего психоза либо больной попадает на обследование в развернутой стадии психического заболевания, когда время уже упущено и налицо хроническое течение с формированием трудно поддающихся лечению негативных расстройств.

Больные с психотическими расстройствами могут получать специализированную помощь в психоневрологическом диспансере по месту жительства, в кабинетах психиатрической и психотерапевтической помощи при поликлиниках общего профиля, в психиатрических кабинетах ведомственных поликлиник, в научно-исследовательских учреждениях психиатрического профиля.

В функции психоневрологического диспансера входят:

1) амбулаторный прием граждан, направленных ВОП и специалистами поликлиник или обратившихся самостоятельно (диагностика, лечение, решение социальных вопросов, экспертиза);

2) направление в психиатрический стационар;
3) неотложная помощь на дому;
4) консультативное и диспансерное наблюдение пациентов.

После осмотра больного участковый психиатр принимает решение, в каких условиях проводить лечение: состояние больного требует срочной госпитализации в больницу либо достаточно амбулаторного лечения.

Статья 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» четко регламентирует основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, а именно:

«Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих; б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

Общие принципы лечения

Несмотря на то что психозы представляют собой сложную группу, в которую входят состояния различного происхождения, принципы лечения для них едины.

Во всем мире самым эффективным и надежным методом лечения психозов считается медикаментозная терапия. При ее проведении применяется строго индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом возраста, пола, наличия отягощенности другими заболеваниями. Одной из главных задач специалиста является установление плодотворного сотрудничества с больным. Необходимо внушить пациенту веру в возможность выздоровления, преодолеть его предубеждение против «вреда», наносимого психотропными средствами, передать ему свою убежденность в эффективности лечения при условии систематического соблюдения предписанных назначений. В противном случае возможно нарушение врачебных рекомендаций в отноше-

нии доз и режима приема лекарств. Отношения врача и пациента должны строиться на взаимном доверии, что гарантируется соблюдением специалистом принципов неразглашения информации, врачебной тайны, анонимности лечения. Больной, в свою очередь, не должен скрывать от врача такие важные сведения, как факт употребления психоактивных веществ (наркотиков) или алкоголя, приема медикаментов, употребляемых в общей медицине, вождения автомобиля или управления сложными механизмами. Женщина должна поставить врача в известность о беременности или кормлении грудью ребенка. Часто родственники или сами больные, внимательно изучив аннотации к рекомендованным им лекарствам, недоумевают, почему пациенту назначили препарат для лечения шизофрении, тогда как у него совсем другой диагноз. Объяснением служит то, что практически все лекарства, применяемые в психиатрии, действуют неспецифично, т. е. помогают при самом широком круге болезненных состояний (невротических, аффективных, психотических) — все дело в назначенной дозе и в искусстве врача подбирать оптимальные схемы лечения.

Несомненно, прием препаратов должен сочетаться с программами социальной реабилитации и при необходимости — с семейной психотерапевтической и психопедагогической работой.

Социальная реабилитация представляет собой комплекс программ обучения больных с психическими расстройствами способам рационального поведения как в условиях больницы, так и в быту. Реабилитация направлена на приобретение больными социальных навыков взаимодействия с другими людьми, обучение навыкам, необходимым в повседневной жизни, таким как учет собственных средств, уборка дома, совершение покупок, пользование общественным транспортом. Профессиональное обучение включает действия, необходимые для получения и сохранения работы, и обучение для тех пациентов, которые хотят закончить среднюю школу или институт. Для оказания помощи психически больным нередко применяют вспомогательную психотерапию. Психотерапия помогает душевнобольным более адекватно относиться к себе, особенно тем, кто испытывает чувство собственной неполноценности вследствие своего заболевания и тем, кто отрицает наличие болезни. Психотерапия облегчает пациенту возможность овладеть способами решения повседневных проблем. Важ-

ным элементом социальной реабилитации является участие в работе групп взаимной поддержки вместе с другими людьми, которые понимают, что значит быть психически больным. Такие группы, руководимые пациентами, перенесшими госпитализацию, позволяют другим больным ощутить помощь в осознании своих проблем, а также расширяют возможности их участия в восстановительных мероприятиях и общественной жизни.

Все эти методы при разумном использовании могут повысить эффективность лекарственной терапии, но не способны полностью заменить препараты. До сих пор медицине не известны способы, раз и навсегда излечивающие психические заболевания, нередко психозы имеют склонность к рецидивированию, что требует длительного профилактического приема лекарств.

Дальнейшее развитие и совершенствование психиатрической помощи, особенно внебольничной, ориентированное на приближение ее к месту жительства психически больных (консультативно-лечебные пункты), неизбежно все больше будет привлекать ВОП к обслуживанию этой категории больных.

Соматизированная депрессия и ее лечение

Проблема соматизированных (ларвированных, маскированных, скрытых) депрессий является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии и общей медицинской практике. Речь идет о синдромах, не достигающих полной психопатологической завершенности, при которых основные, свойственные депрессиям, проявления мало выражены, а часть из них вообще отсутствуют. В других случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются, поскольку ведущее место в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективных регистров (Бройтигам В. и др., 1999).

Значительное увеличение числа депрессивных состояний за последние годы обусловлено не столько учащением психических заболеваний, сколько выявлением их более мягких и легких форм, отме-

чающихся известной атипичностью и клиническим полиморфизмом. Они включают в себя:

- нарушения аффекта;
- нарушения психической активности;
- нарушение «соматического тонуса».

Удельный вес каждого из компонентов этого синдрома определяет различные проявления депрессии — от легкой беспричинной грусти до выраженного психофизического бессилия. По данным А. Б. Смулевича (2003), показатели болезненности для депрессивных проявлений составляют 6% взрослого населения. Среди них значительная часть это соматизированные депрессии, т. е. депрессивные состояния, основу которых составляют нарушения соматического тонуса.

По частоте соматизированные депрессии превосходят классические, или «явные», депрессии. Больные с соматизированными депрессиями практически наблюдаются врачами всех специальностей и нередко ВОП. Однако данные о частоте таких обращений не отражают истинной картины распространенности этих состояний, поскольку не являются результатом целенаправленных эпидемиологических исследований. На основе анализа данных по обращаемости к семейным врачам аффективные расстройства были выявлены у 87% больных. Среди них случаи с соматизированными депрессиями составляют от 7 до 31%. Высокие показатели распространенности соматизированных депрессий отмечаются среди больных пограничного профиля и общемедицинской практики — до 22%.

Патогенез соматизированных депрессий остается до конца неясным, но в качестве гипотезы могут рассматриваться по меньшей мере 3 механизма:

1) скрытая депрессия выявляет субклиническую соматическую и неврологическую патологию, т. е. служит причиной ее декомпенсации, манифестации;
2) скрытая депрессия сочетается с реальными соматическими синдромами (бронхиальная астма, нейродермит, заболевания суставов, аллергические явления), патогенетически связанными с депрессивным состоянием. Эффективное лечение депрессии может иметь результатом полную ликвидацию психосоматических син-

дромов и компенсацию явной и субклинической соматической патологии;

3) скрытая депрессия имитирует соматические нарушения вследствие своеобразия внутренней картины болезни.

Выявлена зависимость заболевания соматизированной депрессией от особенностей личности больного. При анализе преморбидных особенностей характера больных с соматизированной и типичной депрессией обнаружено, что больные с соматизированной депрессией до заболевания отличались меньшей тревожностью, возбудимостью, чем больные с типичной депрессией. Первые меньше фиксировались на своем здоровье, чем последние. Личность больных с соматизированной депрессией характеризуется как гипертимная, стеничная, педантичная, непреклонная в своих взглядах, требовательная. Некоторые авторы указывают на циклоидный истероидный склад характера.

Диагностика этих состояний затруднена, так как нередко создается впечатление наличия соматического заболевания. Больные обращаются не к психиатру, а к другим специалистам, длительное время обследуются и лечатся в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, где предпринимаются неадекватные вмешательства различного рода. ВОП не обращают должного внимания на пониженное настроение больных, их высказывания о тяжести соматического страдания и безуспешности терапии, а в ряде случаев и о нежелании жить. Более того, эти жалобы врачи обычно связывают с тяжестью основного заболевания.

Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства, иногда убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и настаивают на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. При активном расспросе удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях.

В беседе с больными необходимо учитывать особенности их самосознания, неспособность выразить и описать свое душевное состояние, склонность приписывать плохое самочувствие соматическому недомоганию. Необходимую информацию нередко удается

почерпнуть из ответов на вопросы, поставленные не в плане наличия психопатологических нарушений, а относящиеся к изменениям самочувствия, настроения, влечений и всего образа жизни, нарушению интерперсональных отношений и эмоциональных связей, снижению профессионального статуса.

Соматизированные депрессии крайне полиморфны, что относится как к проявлениям соматовегетативного «фасада», так и к аффективному радикалу, выраженному субдепрессиями различной структуры.

Наряду с нозологической принадлежностью предлагается подразделять соматизированные депрессии по преобладающему аффекту (депрессивные, тревожные, смешанные) и по глубине дезорганизации психической деятельности (психотические и непсихотические). Последующая терапия должна подчиняться основным принципам лечения соответствующей депрессии.

К ВОП обращаются пациенты с жалобами на нарушения деятельности сердца с появлением болей, усиленного сердцебиения, тахикардии, ощущения стеснения в груди, причем у них могут отмечаться изменения на ЭКГ, исчезающие после лечения антидепрессантами. В работе встречаются «маски» в виде приступов бронхиальной астмы, колитов, псевдотиреотоксических состояний. К невропатологам и нейрохирургам обращаются больные с головными болями, подозрением на опухоль мозга, а также с жалобами на боли в области лица, позвоночника, конечностей. Хирургов могут посещать больные с жалобами на боли и неприятные ощущения в брюшной полости. В отдельных случаях полностью имитируется картина «острого живота», и это иногда приводит к неоправданным оперативным вмешательствам. Больные с соматизированными депрессиями, обращающиеся к отоларингологам, жалуются на боли в ушах или ощущение «закладывания», на нарушение глотания, хрипоту или ощущение «кома в горле», неопределенные невралгии в области рта и глотки. К офтальмологам направляют больных с ощущением расплывчатости зрения, проявлениями блефароспазма. Стоматологи принимают больных с соматизированными депрессиями, страдающих болями невралгического характера. В связи с упорным характером боли иногда производится экстракция зубов без какого-либо влияния на алгические проявления.

Выделяют следующие основные синдромы соматизированной депрессии:

- алгически-сенестопатический;
- абдоминальный;
- кардиалгический;
- цефалгический;
- паналгический;
- агрипнический;
- диэнцефальный (вегето-висцеральный, вазомоторно-аллергический, псевдоастматический);
- обсессивно-фобический;
- наркоманический.

Важной особенностью соматизированных депрессий, помогающей обычно в постановке диагноза, является то, что проявления соматовегетативного «фасада» обычно не укладываются полностью в рамки того заболевания, которое они имитируют. Врачи непсихиатрических специальностей, как правило, отмечают этот факт, а также обращают внимание на безуспешность лечения предполагаемого соматического страдания.

Основные трудности при диагностике соматизированных депрессий заключаются прежде всего в обнаружении собственно аффективных нарушений. ВОП должен уметь выявить различные признаки гипотимии, имеющиеся в структуре состояния, обратить внимание на:

- легкую угнетенность;
- неспособность радоваться жизни;
- затруднения в общении с окружающими;
- стремление к уединению;
- ограничение контактов;
- снижение прежней энергии и активности;
- трудности в принятии решений;
- беспокойство;
- «нервность» (иногда с чувством страха);

- обилие разнообразных соматовегетативных жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни;
- расстройство витальных функций — нарушение сна (в виде сокращения продолжительности или раннего пробуждения);
- снижение аппетита;
- снижение потенции;
- похудание;
- нарушение менструального цикла;
- суточные колебания аффекта и соматовегетативных расстройств.

О принадлежности этих состояний к эндогенным депрессиям можно косвенно судить по фазности (периодичности) их проявлений, типичной суточной ритмике (т. е. ослаблению сомато-вегетативных нарушений к вечеру), наследственной отягощенности расстройствами аффективного спектра у ближайших родственников и наличию более отчетливых аффективных (циклотимных) эпизодов в анамнезе.

Часто путем простого наблюдения можно обнаружить черты депрессивного аффекта, например:

- недостаток выразительных движений;
- тревожный, наполненный душевной болью взгляд;
- характерную согбенную позу;
- печальное выражение лица и т. п.

Выявляются более тонкие признаки угнетенного морального самочувствия, ангедонии:

- ощущение монотонности жизни;
- пессимистические установки;
- несвойственные ранее нерешительность, угрызения совести;
- витальные ощущения в виде стеснения, онемения, тяжести в груди или эпигастральной области.

В преобладающем большинстве случаев на первом этапе болезни пациенты с соматизированными депрессиями лечатся амбулаторно и длительное время наблюдаются в непсихиатрических учреждениях. Принципы лечения соматизированных депрессий основаны на

понимании общего механизма депрессивных и хронических алгических проявлений — дефекта серотониновой медиации. Какие бы методы ни предлагались, все они уступают по эффективности воздействия на оба компонента соматизированной депрессии (алгии и нарушения) терапии антидепрессантами.

Наиболее предпочтительны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — флуоксетин, сертралин. Они имеют ряд преимуществ:

- удобство применения — обычно один раз в сутки;
- практическое отсутствие серьезных побочных эффектов;
- отсутствие сонливости, возможность работать, водить машину.

Эти препараты особенно показаны при легких и умеренных депрессиях, наиболее частых в общей врачебной практике (Мосолов С. Н., 1995).

Если депрессия носит глубокий и затяжной характер допустимо назначение трициклических антидепрессантов (амитриптилина, анафранила). Следует помнить, что проявления клинического эффекта наступают через 2–3 недели (при назначении любых антидепрессантов), что требует выдержки и серьезной работы с больными.

Психотерапия является важным элементом лечения заболеваний депрессивного спектра и позволяет не только преодолеть текущее расстройство, но и повысить устойчивость к развитию депрессивных нарушений в будущем.

Наиболее эффективными методами психотерапии при соматизированных депрессиях являются интерперсональная психотерапия Клермана—Вейссман (индивидуальная и групповая форма), когнитивная психотерапия Бека и некоторые другие. Психотерапия проводится только врачом, имеющим соответствующую подготовку (особенно учитывая суицидоопасность депрессивных больных). При назначении психотерапии оцениваются показания и противопоказания, что делает лечение более эффективным и безопасным. Успех лечения зависит от степени сотрудничества пациента с психотерапевтом и точного выполнения врачебных рекомендаций.

В связи с этим важной организационной мерой, которая может обеспечить адекватное лечение больных с соматизированными де-

прессиями и привести к уменьшению суицидальной опасности этих состояний, следует признать своевременное направление больных ВОП и врачами специалистами к психиатру и введение штатной должности психиатра (психотерапевта) в непсихиатрических поликлиниках и стационарах.

Стрессовые расстройства и их лечение

Систематика стрессовых или связанных со стрессом расстройств в настоящее время не завершена. Далеко не все стрессовые воздействия приводят к патологическим последствиям. Согласно МКБ-10, к реакциям на тяжелый стресс отнесены: «Острая реакция на стресс» и «Посттравматическое стрессовое расстройство». Предполагаются также «Другие реакции на тяжелый стресс».

В связи с последней рубрикой можно отметить предложение Ю. А. Александровского (2000) о выделении социально-стрессовых расстройств. Условия (причины) социально-стрессовых расстройств:

- коренные изменения общественных отношений, выходящие за рамки обычного опыта;
- смена системы культурных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений;
- изменение социальных связей и жизненных планов;
- нестабильность и неопределенность жизненного положения.

Группа социально-стрессовых расстройств включает:

- условно-болезненные нарушения (непатологические, психофизиологические предболезненные реакции и психогенные адаптивные реакции);
- выраженные психические расстройства (неврозы, острые аффективно-шоковые реакции на стресс);
- посттравматические стрессовые расстройства.

Острая реакция на стресс. Это транзиторное расстройство, развивающееся у лиц без предшествующего психического заболевания в ответ на выраженный физический и психологический стресс, которое обычно проходит в течение нескольких часов или дней. Стрессом

может быть сильное психотравмирующее переживание, связанное с угрозой безопасности или физической целостности человека или любимого лица (природная катастрофа, военные действия, несчастный случай, преступное нападение, изнасилование) или резкое и угрожающее изменение в социальном положении и окружении пациента (потеря близких, пожар и т. п.). В возникновении и тяжести острых реакций на стресс принимают участие индивидуальная уязвимость и адаптивные возможности человека. Типична смешанная и меняющаяся клиническая картина, которая включает начальное состояние оглушенности с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы, дезориентированность. Это состояние может сопровождаться дальнейшим уходом от окружающей ситуации (отгороженностью), возбуждением, гневом, тревогой или гиперактивностью. Часто наблюдаются вегетативные расстройства: тахикардия, потливость, покраснение. Существует обязательная и четкая временна́я связь между воздействием стрессора и появлением симптоматики. Расстройство возникает сразу же или через несколько минут. Ни один из симптомов не сохраняется длительно (обычно они начинают исчезать спустя 24–48 ч). Если симптоматика сохраняется, то решается вопрос об изменении диагноза.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Ранее описывалось под названием травматический невроз. Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовую ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера (природные или искусственные катастрофы, боевые действия, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, пытки, изнасилование и другие преступления). Предрасполагающие факторы, такие как личностные черты или предшествующие невротические нарушения, могут понизить порог для развития посттравматического стрессового расстройства или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения.

Типичными признаками служат эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенения» и эмоциональной притупленности, отчуждение от других людей, отсут-

ствие реакции на окружающее, уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о стрессовом событии. Могут быть острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими воспоминание о психической травме или первоначальной реакции на нее. Отмечается вегетативная возбудимость с повышением уровня бодрствования, боязливостью, бессонницей. Обычно наблюдается тревога и депрессия (нередко с суицидными мыслями).

Начинается это расстройство после воздействия стресса вслед за латентным периодом, который может длиться от нескольких недель до месяцев (редко более 6 мес). Течение волнообразное, в большинстве случаев с выздоровлением. Иногда посттравматическое стрессовое расстройство принимает хроническое течение на протяжении многих лет и переходит в изменение личности.

Лечение связанных со стрессом расстройств основывается на применении адекватных психотерапевтических методов при возможном их сочетании с психофармакотерапией. Последняя предполагает назначение средств, уменьшающих уровень тревоги, возбуждения или депрессии. К противотревожным, седативным средствам относятся прежде всего бензодиазепиновые транквилизаторы: реланиум, седуксен, феназепам, ксанакс и др., назначаемые на короткий период (до 1–2 недель) в средних дозировках. В более острых случаях возможно инъекционное применение растворов первых трех препаратов. В качестве антидепрессивных средств, также обладающих противотревожным действием, применяются различные группы антидепрессантов: амитриптилин, азафен, леривон, коаксил и др. в средних дозировках. В связи с отсутствием формирования зависимости (в отличие от бензодиазепиновых транквилизаторов) эти препараты в случае необходимости подходят для длительного, более 1 мес, лечения. При выраженном двигательном возбуждении первая врачебная помощь предполагает внутримышечное назначение нейролептиков: тизерцин 2,5% — 1–2 мл или аминазин 2,5% — 1–2 мл вместе с кордиамином — 1–2 мл.

При выявлении острой реакции на стресс психотерапевтическая помощь врача общей практики может опираться на методы, описанные в разделе «Кризисная психотерапия».

Общей основой психотерапевтических вмешательств для адаптации к стрессу считается предложенная D. Meichenbaum (1974,

1977, 1985) «тренировка сопротивления стрессу», которая встречается в отечественных переводах под другим названием — «прививка против стресса» (см. Приложение 2). Основные ее элементы в силу их структурированности и несложности описания вполне доступны ВОП.

Р. Д. Тукаев (2007) указывает три базовых принципа психотерапии острых стрессовых и посттравматических стрессовых расстройств:

1) оказание психотерапевтической помощи в начальные сроки развития острых стрессовых расстройств на основе оценки их интенсивности;
2) использование методов психотерапии стрессовых расстройств с доказанной эффективностью;
3) использование приемов переструктурирования травматического опыта.

К методам с доказанной эффективностью при терапии острого психического стресса и посттравматического стрессового расстройства относятся когнитивно-поведенческая психотерапия и ее комбинация с гипнотерапией (Bryant R. A. et al., 2003, 2005).

Следует иметь в виду, что даже квалифицированные специалисты далеко не всегда способны оказывать быструю и высокоэффективную помощь, поскольку психотерапия представляет собой сложную систему взаимоотношений, в которой техника психотерапии обычно не занимает главную позицию. Важно помнить, что участие, принятие проблем пациента и сопереживание являются базой для любой современной психотерапии.

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых и их лечение

Расстройства личности, или психопатии, — патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада и представляющие собой постоянное, чаще врожденное, свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни. Они диагностируются в тех случаях, когда патологические изменения выражены столь значительно, что препятствуют полноценной адапта-

ции в обществе. В их диагностике имеют значение социальные критерии (Тиганов А. С., 1999).

Расстройство личности — это очень жесткая модель внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир, которая отличается от ожиданий общества и приводит к дисфункции, определяет специфическое восприятие себя и отношение к окружающим и субъективное неблагополучие (Комер Р., 2002).

Возникают расстройства личности в подростковом, а иногда в детском возрасте, причем каждый тип имеет свой характерный возраст формирования. Они проходят через всю жизнь больного, однако при благоприятных условиях могут быть достаточно длительные периоды компенсации. Их проявления затрагивают все сферы жизнедеятельности личности — в большей степени эмоционально-волевую, мышление с характерным искажением когнитивных процессов, селективной обработкой информации, стереотипы межличностного поведения. Сочетание определенной генетической предрасположенности и своеобразных условий индивидуального развития приводит к тому, что одни паттерны поведения и реагирования развиваются гипертрофированно, а другие либо не формируются совсем, либо находятся в дефицитарном состоянии. Имеется только одна возможная модель межличностного взаимодействия, а уравновешивающая ее стратегия не может развиться должным образом. Пациенты не могут адекватно воспринимать себя и окружающих, прогнозировать последствия своего поведения, нюансированно оценивать суть межличностных отношений и соответствующим образом подстраивать свое поведение, устанавливать с другими теплые доверительные контакты. Следствием этого становится формирование порочного круга с негативным ответом окружающих на подобное поведение, что усиливает реакцию дезадаптации, при этом, как правило, снижена способность извлекать уроки и учиться на своих ошибках. Пациенты имеют постоянные проблемы с выполнением своих повседневных обязанностей, ролей и совладанием со стрессом и фрустрациями, испытывают трудности с пониманием причин своих проблем и гибким изменением поведенческих стереотипов.

У лиц, страдающих расстройством личности, довольно часто отмечается более низкий уровень социального функционирования, чем можно было бы ожидать при их интеллекте, образовании и ре-

сурсах. Они не могут принять решение, какое поведение может быть наиболее подходящим в данной ситуации. Напротив, признаком расстройства личности является то, что относительно этих пациентов можно заранее предугадать их поведение, поскольку в разных ситуациях они ведут себя сходным образом, поведение же носит компульсивный характер и труднее поддается контролю или изменению.

Необходимо помнить об определенных особенностях мышления при личностных расстройствах. Прежде всего это выраженная избирательность восприятия и нарушенное определение реальности, эти пациенты склонны обрабатывать информацию выборочно дисфункциональным способом. Воспринимаемая информация усваивается таким образом, чтобы соответствовать имеющимся внутренним жестким схемам, нейтральным стимулам может придаваться особое значение. Так, предложение ВОП обратиться к другому специалисту за дополнительной консультацией при зависимом расстройстве личности может переживаться как ситуация эмоционального отвержения и желание избавиться от пациента. В рамках каждого расстройства личности доминируют определенные представления и схемы, которые образуют характерный личностный профиль. Пациенты склонны неосознанно тонко манипулировать поведением других в межличностных отношениях, принуждая их вести себя в соответствии с собственными внутренними представлениями.

Типичным является достаточно яркий, часто приносящий дискомфорт окружающим, рисунок поведения больных, который носит характер защитной брони. Стоящие за ним одиночество и подавленность обычно не осознаются ни пациентами, ни окружающими в связи с отсутствием субъективного переживания страдания и индивидуальной приемлемостью симптоматики (эго-синтонностью). По выражению старых авторов, если при неврозе пациент страдает от психических симптомов, то при расстройстве личности от него страдают окружающие люди. Пациенты редко обращаются за специализированной психиатрической или психотерапевтической помощью и лечение их сильно затруднено.

Диагностику осложняет склонность пациентов сообщать искаженные противоречивые сведения о себе, навыки манипулятивного поведения.

Специфические критерии расстройств личности

1. Стойкие стереотипы восприятия и поведения индивида, которые отличаются от ожидаемых и принятых в данной культуре норм.
2. Отклонения являются настолько выраженными, что обусловленное ими поведение во многих личных и социальных ситуациях является ригидным, дезадаптивным или нецелесообразным в каком-то ином отношении.
3. Наличие собственного субъективного страдания, негативного воздействия на социальное окружение или того и другого, отчетливо связанных с поведением, упомянутым в критерии 2.
4. Имеются доказательства того, что отклонения стабильны, длительны и ведут начало с позднего детского или подросткового возраста.
5. Отклонения не могут быть объяснены наличием или последствием иного психического расстройства.
6. Исключается наличие органического заболевания головного мозга.

Для постановки диагноза необходимо наличие как минимум трех характерных для каждого расстройства личности признаков. Приведенные в МКБ-10 критерии носят в большей степени описательный характер. В психоаналитической литературе можно найти более подробное описание личностных расстройств и теоретических конструктов, касающихся этиологии, условий возникновения и формирования патологии характера, которые могут сильно отличаться у различных пациентов с конечной одинаковой картиной болезни. Психоанализ предложил структурный диагноз, позволяющий определить возможную индивидуальную стратегию психотерапии, имеющий значение для ВОП при определении тяжести заболевания и потребности в специализированной помощи.

Основные критерии психоаналитического структурного диагноза

1. Необходимо определить систему отношений пациента, насколько дифференцированно и реалистично он способен воспри-

нимать себя и окружающих, одновременно представляя возможные положительные и отрицательные стороны личности без излишней идеализации и обесценивания; насколько устойчивы и разнообразны его отношения с другими людьми; насколько категоричный и разносторонний характер имеет Я-концепция пациента, которая, по словам А. Бека (Бек А., Фримен А., 2002), может перемещать человека из группы «тип личности» в группу «расстройство личности».

2. Преобладающие защитные механизмы, т. е. устойчивый индивидуально специфический набор приемов, с помощью которого пациент привыкает преодолевать конфликты, возникающие между влечениями и потребностями — и реальностью, прежде всего представленной требованиями и значимыми лицами социального окружения. При личностных расстройствах преобладают так называемые незрелые виды защит, такие как расщепление, проекция, идеализация, отрицание, диссоциация и другие. Они позволяют пациентам контролировать болезненные, особенно тревожно-депрессивные, реакции на конфликт и сохранить психическое равновесие, но не способствуют социальной адаптации. Пациенты склонны к отреагированию вовне болезненных переживаний, в кратковременной перспективе это приносит значительное облегчение пациентам, однако в ходе жизни они автоматизируются и перестают осознаваться пациентами.

3. Уровень тревоги пациента. Каков удельный вес так называемой свободно плавающей диффузной тревоги, носящей беспредметный характер, с чувством надвигающейся катастрофы, настороженностью, неясным беспокойством (о возможных будущих неудачах). Тревога может проявляться состоянием взвинченности, настороженности. Имеет значение, насколько пациент сам осознает и способен вербализовать свои тревожные переживания. Возникает ли тревога только в специфических конфликтных ситуациях или носит постоянный характер.

4. Сохранность функции проверки реальности: в какой степени то, что воспринимает пациент, разделяется его ближайшим окружением; насколько он способен различить внешний мир и свои интра-психические фантазии и представления; каков уровень абстракции и обобщений пациента, выраженность и жесткость каузальных аттрибуций — приписывание случаям определенных значений.

5. Аффективная толерантность. Прежде всего это вопрос способности пациента к регуляции аффективного напряжения, насколько он в состоянии управлять своими чувствами. Эта функция имеет центральное значение в расстройствах личности, здесь речь идет о способности к самоотчету и самоконтролю и вытекающей из этого возможности планировать и контролировать свое поведение. Аффективная толерантность подразумевает способность индивида сохранять определенную внутреннюю дистанцию даже по отношению к сильным эмоциональным переживаниям, выстраивать причинно-следственные связи относительно происхождения чувств и выбирать адекватную стратегию поведения. При личностных расстройствах аффективные переживания как бы «затопляют», переполняют пациента, достигая непереносимого уровня, затрудняют возможность принятия рациональных решений. Это значительно повышает суицидоопасность таких пациентов.

6. Насколько пациент способен воспринимать нормы и ограничения, принятые в данном обществе, как свои собственные. В какой степени он разделяет реалистичные адаптивные ограничительные представления, формулируемые как «нужно» и «нельзя», и способен адекватно регулировать, изменять или подавлять свои побуждения. Определенный дефицит этого наблюдается при всех личностных расстройствах, достигая своего максимума при антисоциальном типе.

7. Уровень конфликта. Важно определить, затрагивает ли конфликт лишь определенное сочетание межличностных отношений, например конфликт с авторитетными фигурами, или носит тотальный характер, пронизывая всю систему отношений пациента.

Использование дополнительных психоаналитических критериев позволит ВОП провести диагностику, оценить степень тяжести расстройства, выраженность декомпенсации. При наличии тяжелой патологии необходимо направить пациента на консультацию к психотерапевту или психиатру. Особенности характера или выраженные определенные личностные черты не всегда подразумевают диагноз личностного расстройства, необходимо сохранять эмоционально нейтральную позицию по отношению к пациенту, избегать так называемого «диагностического импрессионизма». Пациент, который вызывает у нас негативные чувства, не обяза-

тельно страдает расстройством личности. Клинические границы расстройств личности не совпадают со значительно более широким кругом личностных девиаций, включающих как крайние варианты нормы, так и различные (в том числе процессуально обусловленные) виды патологии личности. Диагноз «расстройство личности» неправомерен, если констатируются лишь отдельные характерологические отклонения, хорошо компенсированные и приводящие к нарушениям поведения лишь в относительно непродолжительные периоды, связанные с психическими травмами. В подобных случаях речь идет об акцентуациях характера (Личко А. Е., 1985).

Расстройства личности трудно поддаются лечению и требуют длительной, а в некоторых случаях пожизненной психотерапии. Эти пациенты являются настоящим испытанием на профессиональную зрелость для врача и требуют от него не только хорошей профессиональной подготовки, но и собственной личностной зрелости и хорошего знания себя. Не рекомендуется проводить лечение этого вида расстройств ВОП. Однако знание характера патологии и отдельных психотерапевтических приемов необходимы как для диагностики и ведения этих пациентов при наличии у них соматических расстройств, так и для профилактики синдрома «эмоционального выгорания» у врачей. Именно эти пациенты относятся к категории «трудных больных». Соматические жалобы их часто носят диффузный, неконкретный характер, нередко являясь соматовегетативными проявлениями тревоги. Обращает на себя внимание аффективно окрашенная манера предъявления жалоб, несоответствие между данными объективного обследования и субъективной тяжестью страдания.

Специфические расстройства личности

Параноидное расстройство личности

Основной его характеристикой является недоверие и подозрительное отношение к другим людям, со склонностью перекладывать ответственность за происходящее, и в особенности собственные промахи и неудачи, на других. Подозрительность и поиск скрытых враждебных мотивов в поведении окружающих сохраняются даже в благоприятных ситуациях. Себя эти пациенты воспринимают как добродетельных, борцов за справедливость, которые страдают от не-

доброжелательности окружающих. При этом другие люди представляются как враждебные, манипулирующие, стремящиеся к заговорам и тайным коалициям против пациентов. В ответ на эти представления на эмоциональном уровне часто возникают тревога относительно скрытой угрозы и гнев в ответ на «неблаговидные поступки» других. Такое поведение нередко вызывает в ответ отвержение и враждебность со стороны окружающих, что подтверждает обоснованность подозрений, формируется порочный круг. Пациенты часто не доверяют действиям врачей, считают, что они относятся к ним недостаточно внимательно и имеют намерение использовать пациента для достижения собственных корыстных целей. В клинической беседе часто обеспокоены тем, насколько сообщенная информация может быть доступной для других, сохранится ли «врачебная тайна», нередко пытаются устроить врачу «небольшой экзамен» для проверки уровня его компетентности, также часто обращаются с жалобами в вышестоящие инстанции или суд. При работе с этими пациентами рекомендуется особенно тщательно вести медицинскую документацию, подробно рассказывать о характере проводимых медицинских процедур и возможных осложнениях, предоставляя пациенту самому принимать решение на основе полученной информации. Необходимо соблюдать достаточную дистанцию в отношениях врач – больной, с ограниченным проявлением эмоционального сопереживания. Пациенты, как правило, реагируют усилением тревоги в ответ на возможную близость. Врач должен демонстрировать компетентность, давать ясные однозначные ответы. Имеет смысл сразу признавать ошибочные суждения, избегая защитных, путаных объяснений.

Основные диагностические критерии:

1. Чрезмерная чувствительность к ситуациям фрустрации.
2. Больной испытывает неприязненные чувства и не прощает обид и оскорблений, реальных или воображаемых, при этом сам склонен высокомерно относиться к другим.
3. Подозрительность со склонностью к искажению фактов и поиску враждебных намерений в нейтральных или дружественных действиях других людей.
4. Пациент стремится бороться за свои права и часто чувствует себя ущемленным, вне зависимости от характера ситуации.

5. Повторные и неоправданные подозрения относительно сексуальной верности партнера.
6. Стойкое переживание своей повышенной значимости с тенденцией относить все происходящее вокруг на свой счет.
7. Увлеченность несуществующим «скрытым смыслом», интерпретацией событий, происходящих с данной личностью или в целом, в мире, стремление во всем видеть «тайный заговор».

Для постановки диагноза пациент должен удовлетворять как минимум трем из этих критериев.

Наиболее оправданной для пациентов является длительная поддерживающая индивидуальная психотерапия с возможным включением в группы при достижении необходимого прогресса в лечении. Пациенты плохо реагируют на методы релаксации, которые могут успешно применяться ВОП в других случаях. Необходимость пациенту закрыть глаза в присутствии другого человека является для них стрессовой ситуацией, вызывающей усиление тревоги, что может служить дополнительным косвенным признаком, позволяющим заподозрить параноидное расстройство личности. Суггестивные методы также противопоказаны таким больным. При проведении психотерапии имеет смысл предоставлять большую свободу пациентам относительно выбора времени, частоты сессий, иногда оптимальным для них оказываются встречи один раз в 2 недели. В психотерапии рекомендуется сфокусировать лечение на повышении чувства самоэффективности и навыках проблемно-решающего поведения, а также формировании более реалистичного представления о других людях, их намерениях и чувствах. Чрезмерная настороженность и бдительность пациентов определяет потребность не допустить ситуации, где пациент, не имея необходимых навыков, может потерпеть фиаско и оказаться беспомощным. Уверенность в своих силах ведет к ослаблению параноидных тенденций. В ходе психотерапии необходимо признание того, что часть людей из окружения пациента действительно могут испытывать к нему негативные враждебные чувства, что необязательно имеет катастрофические последствия. На начальных этапах следует избегать исследования чувств больного, так как это лишь усиливает тревогу и защитные реакции, необходимо также избегать открытой конфронтации. Наиболее эф-

фективной является рациональная психотерапия, в частности сократовский диалог, и другие приемы, позволяющие пациенту проявить инициативу и самому сделать нужные выводы. Врач должен помочь пациенту более реалистично оценивать поступки и намерения других людей и лучше понимать позицию окружающих.

Шизоидное расстройство личности

Этих людей в повседневной жизни обычно называют чудаками. Они отличаются от других по манере одеваться, говорить, бедностью мимики, а также своеобразной моторикой, скованностью, неловкостью движений, стремлением избегать зрительного контакта в общении с окружающими. Часто отвечают невпопад, и простой вопрос может получить у них необычное оригинальное освещение. Основой шизоидного расстройства личности являются замкнутость, погруженность в себя, трудности в поддержании социальных контактов и установлении эмпатических отношений с окружающими. E. Kretschmer (1971) указывал, что шизоид никогда не смешивается со средой, между ним и другими всегда сохраняется «стеклянная стена».

Выделяют следующие основные критерии для постановки диагноза. Пациент должен удовлетворять как минимум четырем из них:

1. Имеется очень мало видов деятельности, которые приносят радость.
2. Эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект.
3. Снижение способности к выражению теплых, нежных чувств или гнева в отношении окружающих.
4. Внешнее безразличие к высказываемым похвале или критике окружающих.
5. Сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми (при этом необходимо учитывать возраст).
6. Почти постоянное предпочтение уединенной деятельности.
7. Чрезмерная сосредоточенность на фантазировании и интроспекции.
8. Отсутствие близких друзей (или чрезвычайно ограниченный их круг) или доверительных отношений и нежелание их иметь.

9. Отчетливо недостаточный учет принятых социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.

Важно помнить, что пациенты с шизоидным расстройством личности составляют более гетерогенную группу, чем кажется на первый взгляд. Так, в «Руководстве по психиатрии» под редакцией А. С. Тиганова (1999) указывается: «Основой шизоидного темперамента, по E. Kretschmer, является так называемая психестетическая пропорция, сочетание черт чрезмерной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии). По преобладанию гиперестетических или анестетических элементов в структуре шизоидной психопатии принято выделять 2 крайних типа характеров, соединенных между собой широкой гаммой переходных вариантов: сенситивные шизоиды — мимозоподобные, гиперестетические, с преобладанием астенического аффекта; экспансивные шизоиды — холодные, иногда даже тупые личности с преобладанием стенического аффекта». Этот вид расстройства личности труден для дифференциальной диагностики с психотическими нарушениями и требует клинического опыта, поэтому для уточнения диагноза в подобных случаях необходима консультация психиатра.

Лечение этой категории больных весьма затруднительно вследствие их низкой мотивации к социальным контактам и к психотерапии в частности. Уже во время первого интервью они выглядят дистанцированными, односложно, формально отвечают на вопросы, речь обычно маломодулирована, мимика бедная. Спонтанная речь, как правило, отсутствует. Склонность к интроспекции и исследованию своих чувств, свойственная пациентам, становится основным ресурсом для психотерапии. От врача требуется проявление интереса и теплоты, достаточная уверенность в себе, установление терапевтического контакта с пациентами может занимать много времени, поскольку психотерапевту часто приходится работать при отсутствии «эмоционально-энергетического» отклика со стороны пациента. Именно теплые заботливые отношения в данном случае обладают высоким терапевтическим потенциалом (Вид В. Д., 1997). Оправдано применение групповой психотерапии для преодоления социального дефицита в безопасных условиях, тренинга социальных навыков. Эффективной может оказаться программа индивидуализированной социальной активации с постепенным включением больного в поле социального

взаимодействия, при этом важно ставить в психотерапии реальные задачи, принимая во внимание, что пациент с шизоидным расстройством личности нуждается в периодах уединенности и сеть его социальных контактов всегда ограничена.

Диссоциальное расстройство личности

Данное расстройство личности известно с XIX в. под названием «морального безумия», оно было первым формально признано в США, включалось во все классификации DSM. Основным его проявлением является систематическое игнорирование и нарушение прав других людей, нередко с применением насилия и агрессивным поведением. Расстройству личности часто сопутствуют алкоголизм и наркомания. Пациенты эгоцентричны, лживы, используют окружающих для достижения своих целей, пренебрегают интересами своих близких, в том числе и детей, для них другие являются всего лишь «инструментом» для достижения своих целей. Склонны испытывать меньшую тревогу, чем другие люди. Ярким примером такой личности является Алекс, герой фильма Стэнли Кубрика «Заводной апельсин».

Основные диагностические критерии:

1. Бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии.
2. Отчетливая стойкая безответственность, игнорирование социальных норм, правил и обязанностей.
3. Неспособность к поддержанию устойчивых отношений при отсутствии трудностей в их установлении.
4. Чрезмерно низкая фрустрационная толерантность и низкий порог появления агрессивного, в том числе насильственного поведения.
5. Отсутствие осознания вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, в особенности наказания.
6. Выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом.
7. Постоянная раздражительность.

Для постановки диагноза пациент должен удовлетворять как минимум трем из вышеперечисленных признаков.

Лечение пациентов является крайне сложной задачей и должно проводиться специалистами. Из-за отсутствия совести и моральных принципов у них нет собственного желания измениться, и они обращаются на лечение под давлением окружения, вплоть до решения суда о принудительном лечении. Существует мнение, что это не болезнь, а всего лишь псевдоклиническое название для преступных элементов.

При контактах ВОП с этой группой пациентов следует соблюдать определенные меры предосторожности:

- не стоит таких пациентов оставлять в кабинете без присмотра;
- не хранить на виду рецептурные бланки;
- не хранить на виду сильнодействующие лекарственные препараты;
- с осторожностью отвечать на вопросы, касающиеся возможного применения лекарств с неблаговидными целями.

Беседа должна ограничиваться конкретными жалобами пациента и необходимым для него лечением.

В качестве психотерапии полезной может быть групповая психотерапия с правильно подобранным составом группы. Необходимо стимулировать больного к поиску более конструктивных альтернатив своего поведения, обучать его дифференциации между контролем и наказанием, между конфронтацией с реальностью и возмездием. При этом пациенты могут получать большее удовлетворение от успешной манипуляции и обмана психотерапевта, чем от собственного прогресса в психотерапии. На сегодняшний день имеются очень скромные достижения в лечении этого расстройства.

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности

Этот вид расстройства личности сходен с психопатиями, которые называют эксплозивными, возбудимыми или аффективными. У пациентов имеется склонность действовать импульсивно под влиянием момента без учета последствий своих действий, снижена способность к планированию, отмечается крайняя лабильность настроения. Выделяют 2 подтипа этого расстройства: импульсивный и пограничный.

Импульсивный подтип. Для него характерно поведение, находящееся под влиянием плохо контролируемых побуждений, другие

сферы личности глобально не затрагиваются. У пациентов возникают четко очерченные эпизоды утраты контроля над агрессивными побуждениями, проявляющиеся в агрессивных действиях по отношению к окружающим и порче имущества. Уровень реакции находится в резком несоответствии с выраженностью пусковой ситуации. Признаки нарастания внутреннего напряжения могут наблюдаться в различные сроки от нескольких минут до нескольких часов, приступ заканчивается спонтанно и быстро вне зависимости от его длительности. После этого у пациентов возникают сожаление о содеянном, чувство вины, упреки в свой адрес, мысли о собственной социальной неполноценности. Вне этих приступов поведение пациентов мало чем отличается от нормального. В американской классификации это расстройство относят к нарушению контроля побуждений. Обращают на себя внимание особенности неврологического статуса больных: у них чаще встречается минимальная церебральная дефицитарность, неспецифические изменения на ЭЭГ, перинатальные и черепно-мозговые травмы, энцефалит, детские судорожные расстройства и гиперкинезы в анамнезе.

Для постановки диагноза необходимо, чтобы пациент соответствовал общим критериям эмоционально-неустойчивого расстройства личности и удовлетворял как минимум трем из нижеперечисленных критериев, с обязательным включением второго пункта:

1. Отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий.
2. Выраженная тенденция к ссорам и конфликтам с другими, в особенности при попытках препятствовать импульсивным действиям и порицать их.
3. Склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное поведение.
4. Трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением.
5. Лабильное и непрогнозируемое настроение.

В лечении этих пациентов ведущее место занимает фармакотерапия — препараты лития и карбамазепин. При необходимости показано сопутствующее неврологическое лечение. Психотерапия не может

предотвратить появление вспышек ярости и направлена на сглаживание социальных последствий агрессивного поведения.

Пограничный подтип. Главной особенностью этого расстройства является стабильная нестабильность в межличностных отношениях, представлениях о самом себе и настроении, а также крайняя импульсивность поведения. Сам термин возник как попытка описать пациентов, «находящихся на границе или в континууме между неврозом и психозом». Расстройство проявляется выраженным полиморфизмом симптоматики в виде депрессивных эпизодов, нарушений пищевого поведения, кратковременных психотических эпизодов, эпизодов дереализации и деперсонализации, часто встречается коморбидная патология, прежде всего злоупотребления психоактивными веществами. Клинические проявления при пограничном личностном расстройстве можно подразделить на 3 группы:

1) признаки импульсивности, которые включают агрессивное поведение, попытки самоповреждения, расстройства принятия пищи и стремление к вызову особых ощущений и эйфоризации с помощью употребления психоактивных веществ;
2) аффективная симптоматика, заключающаяся в колебаниях настроения и депрессивных признаках;
3) психотические признаки.

Диагноз устанавливается на основании общих симптомов личностных расстройств и следующих дополнительных признаков. Больной должен соответствовать как минимум двум из них:

1. Нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные).
2. Склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов.
3. Преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества.
4. Повторные элементы саморазрушающего поведения или угрозы его.
5. Стойкое чувство внутренней пустоты.

Нередко именно способы совладания с внутренним напряжением в виде различных злоупотреблений, которые иногда наиболее ярко выражены в клинической практике, в большей степени привлекают внимание врачей, что приводит скорее к симптоматической, а не патогенетической постановке диагноза. В художественной литературе Ф. М. Достоевский в своем романе «Идиот» изобразил своеобразие этих личностей в образе Настасьи Филипповны.

Пациенты часто попадают в поле зрение ВОП с последствиями самодеструктивного поведения в виде самопорезов, ожогов, передозировки лекарственных средств или последствий несчастных случаев, из-за лихой езды или занятий опасными видами спорта, к чему они прибегают, чтобы справиться с чувством внутренней пустоты. Наличие острого физического недомогания обычно приводит к снижению внутреннего напряжения, из-за чего они могут при первичном осмотре ничем не отличаться от других пациентов. Наличие шрамов и рубцов, следов от прижиганий на теле при объективном осмотре должно насторожить ВОП относительно того, не страдает ли пациент пограничным расстройством личности. Пациенты часто обращаются к интернистам с жалобами на тревогу, расстройство сна, вегетативные нарушения с целью получения транквилизаторов. Они могут быть талантливыми манипуляторами в межличностном взаимодействии. Сообщение пациента о том, что только транквилизатор может быть эффективным в их случае, говорит в пользу имеющейся сопутствующей зависимости. При необходимости препараты этой группы должны назначаться коротким курсом. Принимая решение о назначении любого препарата, следует взвешивать риск суицида. В конфликтных ситуациях, в случае обострения межличностных проблем пациенты часто прибегают к передозировке, передавая ответственность за разрешение ситуации другим и предоставляя множество возможностей для своего «спасения». У части пациентов суицидальное поведение становится способом совладания с внутренним напряжением. Больных достаточно трудно лечить, поскольку они плохо следуют врачебным предписаниям, в случае серьезной соматической патологии нуждаются в стационарном лечении для контроля за выполнением назначений. Часто присущие им подозрительность, амбивалентность в отношениях, антиавторитарные

реакции затрудняют возможность терапевтического диалога. В отношениях с врачом больные повторяют свой стереотип эмоционально-интенсивного и нестабильного взаимодействия с окружающими. Чтобы сделать возможным и эффективным психотерапевтическое воздействие, требуется установление рамок, позволяющих защитить врача от манипулирования больного лекарственной терапией, поведенческого отреагирования и суицидного шантажа. Это же дает возможность на примере отношений с врачом показать больному, как он ведет себя с другими значимыми людьми. Большое значение имеет опыт реальных отношений с врачом, который в состоянии выдержать и понять символический смысл агрессивного поведения больного и не покинуть его.

Пациентам нередко свойственна парадоксальная реакция в виде отказа от лечения в случае его успеха. Такие больные нуждаются в длительной психотерапии. Наиболее разработанной является система дуалистической бихевиоральной психотерапии M. Linehan (1998). В ее основе лежит работа по изменению поведения с преодолением чрезмерной эмоциональности и зависимых от настроения стереотипов поведения. Одним из основных ее элементов является тренинг навыков, компетентного проблемно-решающего поведения, повышение способности к саморегуляции аффективного напряжения, в первую очередь негативных эмоций, до такой степени, чтобы было возможно выдержать и пережить чувства, возникающие в негативных ситуациях, вплоть до их разрешения. Хорошо зарекомендовала себя групповая психотерапия.

Истерическое расстройство личности

Это расстройство личности характеризуют чрезмерная эмоциональность и потребность быть в центре внимания. Пациенты с данной патологией живут все время «как на сцене», даже описывая рутинные события, они используют драматизацию, театральные жесты и вычурную речь, отличаются яркой манерой одеваться, живостью в общении, бурным проявлением чувств при одновременной поверхностности переживаний. В их личности сочетаются черты эмоциональности, эгоцентризма, эксгибиционизма и склонность к сексуальной провокации. Описывая «невротический стиль» истериков, D. Shapiro (1965)

делает вывод о том, что их отличает излишне общий, неорганизованный способ познания, это делает их неспособными к интенсивной и последовательной интеллектуальной деятельности, ведет к отвлекаемости, внушаемости и дефициту общих знаний. Имеет смысл учитывать это при проведении клинической беседы. С целью привлечения внимания пациенты часто аггравируют симптоматику и преувеличивают тяжесть своего состояния.

Для постановки диагноза пациент должен удовлетворять как минимум четырем из следующих критериев:

1. Показной характер, театральность поведения или преувеличенное выражение чувств.
2. Внушаемость. Легкое подпадание под влияние окружающих или ситуативных воздействий.
3. Поверхностный, лабильный аффект.
4. Постоянный поиск возбуждающих переживаний и деятельности, в которых субъект находится в центре внимания.
5. Неадекватное подчеркивание своей сексуальности во внешности и поведении.
6. Чрезмерная озабоченность своей внешней привлекательностью.

Пациенты с данным расстройством личности нередко используют визит к врачу с целью манипулирования своими близкими, чтобы вызвать у них чувство вины и получить дополнительное внимание. Они чувствительны к внешней атрибутике врачебных процедур, дают положительный ответ на плацебо при соответствующей подготовке. Однажды пережив тяжелую соматическую болезнь, в дальнейшем могут успешно ее имитировать. За счет повышенной отвлекаемости при переключении внимания больной может полностью забывать о своем болезненном состоянии, что приводит к исчезновению симптомов. Он стремится стать особенным пациентом для врача и получить повышенное внимание и специальное лечение. Учитывая, что такие пациенты склонны к сексуальным провокациям с последующим обвинением врача в сексуальных домогательствах в ситуациях фрустрации, рекомендуется проводить осмотр больных в присутствии третьих лиц. Другой особенностью является их склонность к суицидальным жестам с целью привлечения внимания; об этом нужно пом-

нить, делая лекарственные назначения. Больным следует выписывать однократно ограниченное количество препаратов, избегать чрезмерного использования лекарственных средств, в первую очередь транквилизаторов, вызывающих привыкание и зависимость.

Для достижения быстрого симптоматического эффекта рекомендуются различные варианты суггестивной психотерапии, которые особенно эффективны из-за повышенной внушаемости таких больных. С целью личностной перестройки и коррекции дезадаптивных механизмов психологической защиты, осознания вытесненных переживаний показана длительная динамическая индивидуальная и групповая психотерапия. Пока нет эмпирических данных об эффективности их лечения методами когнитивно-поведенческого направления.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности

При этом расстройстве человек придает излишне большое значение порядку, достижению совершенства и контролю, утрачивая гибкость, непосредственность и работоспособность. Из-за страха ошибки пациенты нередко отказываются принимать решения. В определенном смысле — это «рабы перфекционизма», излишне высокие требования к себе и окружающим мешают получению удовлетворения от работы, делают невозможным сотрудничество, блокируется продуктивная деятельность. Пациентов отличает скупость как материальная, так и в проявлении теплых чувств, готовности пожертвовать часть своего времени для помощи другим. Обычно эти люди лишены чувства юмора, что снижает возможности их ситуативной адаптации к непредсказуемой и несовершенной реальности.

Для постановки диагноза ананкастного расстройства личности пациент должен отвечать минимум четырем из следующих критериев:

1. Постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность.
2. Постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией и планами.
3. Перфекционизм, стремление к совершенству и связанные с этим многочисленные перепроверки, что нередко мешает завершению выполняемых задач.
4. Чрезмерная добросовестность и скрупулезность.

5. Неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб получению удовольствия и межличностным отношениям вплоть до отказа от этого.
6. Чрезмерная педантичность и следование социальным условностям.
7. Ригидность и упрямство.
8. Необоснованное настаивание на точном подчинении других собственным привычкам или столь же необоснованное нежелание позволить им самим что-либо сделать.

Пациенты склонны к чрезмерной детализации, ригидности в общении с врачом, часто задают уточняющие вопросы типа «через сколько минут после еды надо принимать лекарство», ведут дневники жалоб и своего самочувствия. Они склонны к соматизации аффективного напряжения и развитию психосоматических заболеваний или болезней, где важную роль играет длительное эмоциональное напряжение, к примеру головные боли или импотенция.

В отличие от пациентов с другими видами расстройств личности, эти больные понимают причинно-следственную связь между своими личностными особенностями и трудностями социальной адаптации.

Наиболее эффективной для них является когнитивно-поведенческая психотерапия, вследствие своей четкой структурированности, наличия схем, конкретных домашних заданий она изначально вызывает доверие у этих больных. Такие парадоксальные техники, как «доведение до абсурда» с требованием от пациента еще большего перфекционизма, позволяют больному легче прочувствовать неадекватность своих установок, прием остановки мыслей непосредственно воздействует на перегруженный навязчивыми сомнениями когнитивный процесс.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

Основной характеристикой этого расстройства является чувство постоянной скованности, неловкости и дискомфорта в социальных ситуациях, переживание индивидом чувства собственной неполноценности, крайняя ранимость и чувствительность к критике. Эти люди постоянно испытывают стыд, считают себя недостойными любви и интереса и не доверяют проявлениям теплых позитивных чувств со стороны окружающих, игнорируют и обесценивают поло-

жительную обратную связь. Редко обращаются за помощью по поводу личностных проблем, мотивом обращения обычно служат сопутствующие этому расстройству тревога и депрессия с дисфорическим оттенком. Другими частыми спутниками являются соматоформные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, диссоциативные расстройства в случае выраженной декомпенсации, когда внутреннее напряжение, связанное с избеганием, достигает такого уровня, что развиваются проблемы с идентичностью, памятью и сознанием. Страдая от одиночества, больные могут использовать физическое недомогание как легитимный повод для обращения к врачу и получения не столько лечебных рекомендаций, сколько эмоционального опыта контакта и принятия. Им свойственно также искать определенную «вторичную выгоду» от соматических симптомов, в частности они могут быть удобным оправданием для избегания или отказа от участия в обычном, но непривычном для пациента деле. Важным дифференциально-диагностическим признаком служит имеющаяся тяжесть страдания от одиночества и внутренняя потребность в социальных контактах. Ранний травматический опыт с отвергающим значимым другим приводит к формированию неадекватно негативного образа собственного Я. Они опасаются сближения из-за имеющихся представлений, что в этом случае «обман раскроется» и другой человек обнаружит, каким никчемным и ничтожным человеком является пациент на самом деле. Возможные негативные эмоции в случае неудачной коммуникации представляются как абсолютно непереносимые. Пациенты опасаются, что увязнут в хандре и отчаянии и всегда будут плохо себя чувствовать.

Для постановки диагноза тревожного расстройства личности пациент должен соответствовать как минимум четырем из следующих критериев:

1. Стойкое глобальное чувство напряженности и озабоченности.
2. Убежденность в своей социальной неловкости, непривлекательности или малоценности в сравнении с другими.
3. Повышенная озабоченность критикой или неприятием в социальных ситуациях.
4. Нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться.

5. Ограниченность стиля жизни из-за потребности в физической безопасности.
6. Уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, из страха критики, неодобрения или отвержения.

Наиболее адекватным методом лечения в данном случае может быть длительная психоаналитическая или психодинамическая психотерапия, направленная на проработку раннего травматического опыта, преодоление тенденций к его навязчивому повторению, а также на анализ переносных отношений, возникающих между психотерапевтом и пациентом с постепенной психокоррекцией и улучшением функции определения реальности и формированием более адекватного образа Я, с принятием сильных и слабых сторон собственной личности. Имеется опыт проведения когнитивно-поведенческой терапии с этими больными, где, в отличие от лечения других групп пациентов, основной акцент также делается на особенностях отношений между психотерапевтом и пациентом с коррекцией когнитивных искажений.

Зависимое расстройство личности

Зависимое расстройство личности характеризуется избыточной зависимостью, подчиняемостью, привязчивостью, чрезмерным страхом разлуки и одиночества и стойкой избыточной потребностью индивида в заботе и опеке.

Для постановки диагноза необходимо наличие как минимум четырех из нижеперечисленных признаков:

1. Активное или пассивное перекладывание на других ответственности за принятие важных решений в своей жизни.
2. Подчинение собственных потребностей нуждам других людей, от которых зависит пациент, и чрезмерная податливость их желаниям.
3. Сниженная готовность к предъявлению даже адекватных требований людям, от которых пациент находится в зависимости.
4. Дискомфорт, вплоть до приступа паники, при пребывании в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни.

5. Частая озабоченность страхом быть покинутым другими людьми и остаться наедине с самим собой.
6. Ограниченная способность принимать повседневные решения без многочисленных советов и одобрения окружающих.

Пациенты не способны строить самостоятельные планы, им трудно, практически невозможно сформулировать собственную позицию, они постоянно нуждаются в советах окружающих, чтобы принять решение, привыкли во всем полагаться на партнера, который для них является жизненно важным другом, при его отсутствии эта функция может возлагаться на врача. Для лиц, страдающих зависимым расстройством личности, ситуация разлуки воспринимается как жизнеугрожающая. Одиночество переживается как непереносимое и сопровождается чувством внутренней пустоты, потерянностью, утратой смысла жизни. Они могут длительное время находиться в деструктивных отношениях, выполнять неприятные обязанности из-за страха остаться в одиночестве. Себя такие люди воспринимают как неинтересных, некомпетентных, мало на что способных. В литературе удачным примером описания этого расстройства может считаться рассказ А. П. Чехова «Душечка». В клинике ведущим является тревожно-депрессивный синдром, выраженность которого коррелирует с ситуацией покинутости реальной или предстоящей, вплоть до развития суицидальной опасности. К другим частым проявлениям относятся ипохондрические жалобы, конверсионные симптомы, соматизация. Для правильной диагностики этого расстройства необходим тщательный сбор анамнеза с акцентом на то, как больной реагирует на ситуации расставания, с его собственных слов или по описанию родственников. Выраженная тревога в ситуациях разлуки, сопровождающаяся вегетативными нарушениями, приводит к обращению к врачу. Лица, страдающие зависимым расстройством личности, чаще имеют выраженную соматоцентрическую внутреннюю картину болезни, склонны игнорировать психологический аспект своих страданий, чаще обращаются к врачам для решения своих проблем, раньше начинают искать помощь и более добросовестно выполняют назначения, чем независимые люди. Эти пациенты имеют больший риск формирования различного рода зависимостей, в том числе и лекарственных, об этом необходимо помнить при выборе медикаментозного лечения.

В работе с пациентами особенно важно четко соблюдать профессиональные границы отношений, не поощряя чрезмерной близости и зависимости. Здесь не приходится рассчитывать на равноправное сотрудничество двух взрослых людей, особенно в начале лечения. Но при том, что психотерапевт, принимая зависимое поведение пациента, как любой другой симптом, берет на себя большую часть работы, необходимо поощрять постепенное развитие его автономии. Одним из основных препятствий в психотерапии больных является их представление о том, что любое проявление независимости и самостоятельности — это путь к полной социальной изоляции и одиночеству. Мысли об этом должны постоянно обсуждаться во время встреч и подвергаться проверке реальностью, так ли это на самом деле, для примера может использоваться отношение психотерапевт–пациент. Важную роль играют домашние задания, в которых от больного требуется постепенное проявление самостоятельности. Полезной оказывается групповая психотерапия. Необходимо оценить, насколько ближайшее социальное окружение поддерживает зависимую позицию пациента, с последующим проведением психокоррекционных бесед с родственниками, сеансов семейной психотерапии, или направлением партнера на психотерапию, если это оправданно.

Другие специфические расстройства личности

К этой рубрике относятся состояния, которые соответствуют критериям расстройства личности, но не подходят ни под одно из вышеприведенных описаний. В данном случае считается оправданным привести лишь несколько кратких примеров.

Нарциссическое расстройство личности характеризуется завышенным мнением о себе, стремлением вызывать восхищение и отсутствием эмпатии. Эгоцентризм захватывает все сферы личности, в том числе и соматопсихическую, следствием чего становятся выраженные ипохондрические тенденции и повышенное внимание к собственному здоровью, что может приобретать характер сверхценных идей.

Пассивно-агрессивное расстройство личности определяется постоянной установкой пациентов к скрытой обструкции, пассивному сопротивлению руководству, за фасадом которой находится не допускаемая к манифестному выражению агрессия.

Следует также учитывать, что изменения личности могут быть приобретенными вследствие пережитой катастрофы или психического заболевания.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и их лечение

В связи с увеличением числа лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, такие пациенты все чаще оказываются в поле зрения ВОП. Как отмечают С. С. Беленький, В. Д. Менделевич (2005), лишь каждый десятый наркозависимый обращается за наркологической помощью в специализированные диспансеры. Первый контакт больного наркоманией с медицинской службой, как правило, происходит в стенах общесоматических стационаров и поликлиник, и прежде всего с ВОП, что во многих странах используется для вовлечения пациента в терапию.

Перенос акцента на первичную помощь с наркологической на общесоматическую сеть позволяет избежать тяжелых последствий интоксикации психоактивными веществами, повысить эффективность терапии, а также расширить количество пациентов, которым может и должна быть оказана такая помощь.

Поэтому ВОП должны быть ознакомлены с общими принципами диагностики и психотерапии этого большого и, очевидно, возрастающего контингента больных.

Большое количество психоактивных веществ могут вызывать органические психические расстройства, причем каждое из них — разные синдромы, описанные в соответствующих рубриках МКБ-10, а также состояния острой интоксикации и отмены. В связи с невозможностью на основе одного лишь описания клинической картины надежно определить, каким именно веществом вызвано данное состояние, ВОП сначала целесообразно правильно идентифицировать синдром, а затем уже его специфическую причину, психоактивное вещество. Знание принципов международной классификации осо-

бенно важно относительно данной группы расстройств, имеющих высокую актуальность для России.

Критерии отдельных состояний, общие для всей группы психоактивных веществ

Критерии острой интоксикации

1. Отчетливые данные о приеме одного или нескольких психоактивных веществ в дозе, достаточной, чтобы вызвать состояние интоксикации.
2. Наличие характерных для данного вещества симптомов, сопровождающихся выраженными нарушениями сознания, когнитивных функций, восприятия, аффекта или поведения.
3. Имеющиеся симптомы невозможно объяснить независимой от употребляемого психоактивного вещества соматической патологией или иным психическим расстройством.

Критерии синдрома зависимости

В течение по меньшей мере одного месяца (или, если менее месяца, то повторно в течение последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены три или более из приведенных ниже критериев:

1) компульсивная потребность приема вещества;
2) снижение контроля за приемом вещества (начала, окончания, дозы), характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием уменьшить потребление;
3) соматический синдром отмены при снижении дозы или прекращении приема, смягчающийся при возобновлении приема;
4) повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз, вызывающее необходимость повышения дозы для достижения прежнего эффекта;
5) расширение времени, затрачиваемого на добывание психоактивного вещества, прием и перенесение последствий, сопровождае-

мые сужением здоровой социальной активности и интересов личности;

6) продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

Американская классификация DSM-IV вводит отсутствующее в МКБ-10 разграничение между зависимостью от психоактивных веществ и злоупотреблением ими. К злоупотреблению относят начальные случаи патологического использования психоактивных веществ, в которых еще не представлены в развернутой форме все признаки зависимости.

Критерии злоупотребления психоактивными веществами

Существуют критерии злоупотребления психоактивными веществами, знание которых может быть полезным для клинической оценки ранних форм описываемых расстройств:

1) дезадаптивный стереотип употребления вещества, ведущий к одному и более варианту нарушений поведения, отмечаемых в последние 12 мес.:
   - ✧ повторный прием вещества вызывает очевидное снижение адаптации в важных сферах социальной активности (прогулы и снижение производительности труда/успеваемости в учебе, пренебрежение воспитанием детей и домашним хозяйством);
   - ✧ повторный прием в ситуациях физической опасности для жизни (управление транспортом, станком в состоянии интоксикации);
   - ✧ повторные конфликты с законом в связи с обусловленными приемом веществ отклонениями поведения и противоправными актами; продолжающийся прием, несмотря на вызываемые или усиливаемые им постоянные межличностные проблемы (конфликты с супругом относительно последствий интоксикации и т. д.);
2) состояние никогда не соответствовало критериям зависимости по данному классу вещества.

Критерии синдрома отмены

1. Доказательство отмены или снижения дозы вещества после повторного и, как правило, длительного потребления высокой дозы.

2. Наличие специфических признаков синдрома отмены, характерных для каждого вещества.
3. Состояние невозможно объяснить независимой от употребления вещества соматической патологией или иным психическим заболеванием.

Критерии синдрома отмены с делирием

1. Состояние соответствует общим критериям синдрома отмены.
2. Имеются общие признаки для делирия.

Критерии психотического расстройства

1. Появление психотических симптомов во время приема вещества или в пределах двух недель после употребления.
2. Длительность психотических симптомов превышает 48 часов.
3. Общая длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Критерии амнестического синдрома

1. Нарушения как кратковременной, так и долговременной памяти.
2. Отсутствие:
   - ✧ нарушения непосредственного запоминания;
   - ✧ помрачения сознания, нарушения сосредоточения;
   - ✧ общего интеллектуального снижения (деменции).
3. Отсутствие данных о мозговой патологии, которая, независимо от приема вещества, могла бы вызвать нарушения памяти.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

Алкогольная зависимость характеризуется постоянным или периодическим нарушением контроля над употреблением алкоголя, неспособностью последовательно ограничивать себя в поводах для выпивки, в попадании в ситуации, где выпивка возможна, в длительности пребывания в таких ситуациях, в количестве выпитого и в поведенческих последствиях интоксикации. Внимание больного постоянно сфокусировано на теме алкоголя, его эффектах и способах употребления до степени, заслоняющей собой более жизненно важные для него вопросы. Алкоголь продолжает употребляться вопреки

возникающим проблемам в социальной жизни и здоровье больного. Этому способствует характерное изменение мышления больного, в котором доминирующую роль начинает играть механизм психологической защиты — отрицание, скрывающее значимость употребления алкоголя, наряду с широким спектром приемов, направленных на предотвращение осознания того, что алкоголь является причиной возникающих проблем, а не решением их.

Заболевание является, по-видимому, конечным результатом сложного взаимодействия биологической ранимости организма и влияния факторов окружающей среды. Наследственная отягощенность играет безусловную роль, хотя механизм генетической передачи пока неизвестен. Дети алкоголиков имеют в 4 раза больше шансов заболеть по сравнению с детьми неалкоголиков, даже если они воспитывались не своими биологическими родителями. При наличии наследственной отягощенности клиническая картина характеризуется более тяжелым течением. Конкордантность по алкоголизму у однояйцевых близнецов вдвое выше, чем у разнояйцевых того же пола. К развитию заболевания предрасполагает нервно-психическая патология в детском возрасте, например расстройства поведения или тикозные расстройства. Ряд продуктов метаболизма при воздействии алкоголя вызывает изменение нейрохимической адаптации мозга на клеточном уровне. Возможно, это делает организм зависимым от алкоголя для поддержания установившегося патологического гомеостаза. Алкоголь может также приводить к повышенной активности эндорфинов или морфиноподобных веществ.

Ниже приводятся основные клинические проявления и диагностика алкогольных состояний, с которыми в своей работе встретится ВОП до принятия решения о направлении пациента к специалисту, наркологу.

Острая алкогольная интоксикация

Состояние развивается вскоре после приема чрезмерного (разного в зависимости от индивидуальной толерантности темпа абсорбции и метаболизма) количества алкоголя. Разнообразные клинические проявления включают нарушения социального поведения, интеллектуальных функций, моторики, аффекта, вегетатики. В ряде случаев наблюдается повышенная разговорчивость и общительность, в иных —

стремление к уединению и дисфорически-подавленный фон настроения. Аффективная лабильность может достигать уровня перемежающихся эпизодов смеха и плача.

Симптомы нарастают по мере повышения уровня алкоголя в крови, но могут и снижаться при достаточно высокой толерантности, несмотря на продолжение приема. В зависимости от дозировки клиническая картина меняется, начиная от состояния легкой эйфории (0,3 мг% в крови при нормальной толерантности) до нарушений координации, атаксии (1 мг%), спутанности, сужения сознания (2 мг%), комы, подавления дыхания и изредка летального исхода (при уровне свыше 4 мг%).

Помимо общих для острой интоксикации признаков состояние должно соответствовать нижеследующим критериям:

1) наличие не менее одного из следующих поведенческих и когнитивных нарушений:
   - ✧ расторможенность;
   - ✧ конфликтность;
   - ✧ агрессивность;
   - ✧ аффективная лабильность;
   - ✧ нарушение концентрации внимания;
   - ✧ снижение умственной и производственной продуктивности;
2) наличие не менее одного из следующих неврологических нарушений:
   - ✧ шаткость походки;
   - ✧ отрицательная проба Ромберга;
   - ✧ признаки дизартрии;
   - ✧ нистагм;
   - ✧ нарушения сознания (например, сомнолентность, кома).

Дифференциальный диагноз проводится с сопорозно-коматозными состояниями иной этиологии: травмы черепа и позвоночника, диабетическая и печеночная кома, сердечная аритмия, миастения.

Патологическое опьянение

Предрасполагающими факторами являются органические повреждения мозга (в особенности в связи с энцефалитом и травмами), по-

жилой возраст, общее утомление, алкоголизация на фоне приема седативных и снотворных средств. Поскольку это редкое нарушение чаще наблюдается у людей с повышенным уровнем тревоги, для которых агрессивное поведение в целом не характерно, предполагается, что алкоголь, вызывая дезорганизацию психических процессов и потерю самоконтроля, может способствовать высвобождению агрессивных импульсов.

Помимо того, что патологическое опьянение наступает после приема дозы, не вызывающей состояния интоксикации у большинства людей, должны соблюдаться следующие критерии:

1) наличие вербальной и/или невербальной агрессии к окружающим, нетипичной для данного лица в трезвом состоянии;
2) состояние развивается очень быстро, как правило, в течение нескольких минут после приема алкоголя;
3) отсутствуют данные о наличии какого-либо иного церебрального или психического нарушения.

Синдром зависимости от алкоголя

Специфика синдрома зависимости от алкоголя при хроническом алкоголизме включает разнообразные стереотипы алкоголизации. Употребление значительных количеств алкоголя может быть ежедневным или ограничиваться выходными днями. Злоупотребление алкоголем в течение нескольких дней/недель/месяцев (запои) может прерываться длительными периодами абстиненции (дипсоманический стереотип). Ежедневная алкоголизация в нерабочее время может длительное время сопровождаться относительно сохранным профессиональным статусом и отсутствием сознания неконтролируемости злоупотребления.

Запои могут также носить разный характер, завершаясь или спонтанно, или вынужденно, в результате соответствующих осложнений социальной ситуации или соматического состояния. Характерными признаками являются эпизоды полной или частичной амнезии (так называемые палимпсесты) периода интоксикации, на протяжении которого больной мог производить на окружающих впечатление человека с сохранным сознанием. Амнестические про-

явления в целом коррелируют с тяжестью и длительностью заболевания. Достаточно типичной, возрастающей по мере социальной деградации, является тенденция к употреблению непищевого алкоголя (технический спирт, политура, тормозная жидкость и т. д.).

Диагностику синдрома зависимости, в особенности на начальных его стадиях, как правило, осложняет тенденция больных к отрицанию злоупотребления алкоголем. Иногда эту же позицию занимает и семья больного. Врачу следует обращать внимание на такие признаки ранних проблем, связанных с алкоголизацией, как трудности в общении с супружеским партнером, потеря контакта с детьми, утрата интереса к семейным проблемам, частые вспышки раздражительности. Алкоголь может использоваться как для снятия сексуальной заторможенности, так и для избежания сексуальных контактов. Для профессиональной деятельности становятся типичными опоздания, невозможность правильно организовать работу, уложиться вовремя. Ранними соматическими стигмами могут быть утренние рвоты, поносы, гастрит, увеличение печени, ожоги от сигарет на пальцах.

Состояние отмены в результате употребления алкоголя

Для постановки диагноза, помимо соответствия общим для синдрома отмены критериям, в состоянии должно наблюдаться не менее трех из следующих признаков:

- тремор пальцев вытянутых вперед рук, кончика языка или век;
- потливость;
- дурнотное состояние, тошнота, рвота;
- тахикардия или гипертония;
- психомоторное возбуждение;
- головные боли;
- бессонница;
- недомогание, слабость;
- транзиторные зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии;
- большие судорожные припадки.

Состояние отмены с делирием в результате употребления алкоголя

Состояние известно также как белая горячка (*delirium tremens*). Это наиболее тяжелое проявление синдрома отмены развивается в пределах недели после прекращения приема или снижения доз, чаще в возрасте 30–40 лет после 5–15 лет употребления значительных доз. Нередко является первым признаком не диагностированного ранее алкоголизма. Возникновению способствует дипсоманический стереотип алкоголизации и сопутствующая соматическая патология.

Для этого синдрома характерны вегетативные нарушения (тахикардия, потливость, гипертензия), субфебрилитет, нарушения восприятия в бодрствующем состоянии (чаще зрительные и осязательные, в форме насекомых, мелких животных) и рудиментарные бредовые идеи, определяющие поведение больного, часто опасное для себя и других. Нередки большие судорожные припадки, обычно предваряющие начало делирия у трети больных. От делириев неалкогольного генеза синдром отличается более грубыми нарушениями сознания и поведения, более глубокой амнезией эпизода на выходе из него и большей рудиментарностью сопутствующего бредообразования.

При отсутствии осложнений летальный исход относительно редок (3–4%). Наличие слуховых галлюцинаций — прогностический признак более затяжного течения. При отсутствии выздоровления состояние в 15% случаев прогрессирует и формируется синдром Корсакова. При наличии сопутствующей соматической патологии (пневмония, жировая эмболия, почечная, печеночная или сердечная недостаточность в результате гипогидратации и гиперкалиемии) делирий может завершиться летальным исходом в 20% случаев.

Психотические расстройства в результате употребления алкоголя

Проявления алкогольного галлюциноза (чаще слухового) обычно начинаются в пределах 48 часов после прекращения алкоголизации и сохраняются после того, как отзвучал синдром отмены. Содержание голосов, как правило, неприятно для больного, вызывет реакции страха, тревоги, иногда определяя собой поведение и делая его опасным. Обычно это критический, угрожающий или ос-

корбительный комментарий, где больной упоминается в третьем лице. Слуховые обманы могут принимать характер элементарных звуков (например, звонки). Расстройство возникает относительно редко, чаще встречается у мужчин; синдром появляется в любом возрасте, но на фоне уже сформированной зависимости от алкоголя. Длительность его разнообразна — от нескольких недель до нескольких месяцев.

Психотические расстройства могут принимать характер паранояльных симптомов или систематизированных бредовых, наиболее известным из которых является алкогольный бред ревности. Диагностику последнего может осложнять наличие реальных обоснований ревности вследствие имеющегося иногда снижения сексуальной функции и утраты интереса больного к делам семьи.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов

Опиум — базисное вещество, содержащееся в соке опиумного мака (Papaver somniferum). Из опиума получают около 20 алкалоидов, наиболее известным из которых является морфин. Возможно получение так называемых полусинтетических алкалоидов на основе естественно содержащихся в опиуме (героин, кодеин, гидроморфин), а также полностью синтетических (меперидин, метадон, пропоксифен). Наиболее широко используемым опиатом является героин, основным поставщиком которого на мировой рынок являются регионы Среднего и Дальнего Востока. Он преимущественно используется среди городского населения, чаще мужчинами, чем женщинами (3 : 1), в возрасте 18–25 лет.

Парентеральное введение препарата вызывает анальгезию, безразличие к боли, сонливость, затуманивание сознания, чувство теплоты, тяжести в конечностях и сухости во рту. Как правило, ощущается эйфория («приход»), возникающая через короткое время после внутривенного введения и длящаяся 10–30 мин, затем доминирует седативный эффект («волокуша»). Первый прием может сопровождаться скорее дисфорическим оттенком аффекта, тошнотой и рвотой.

Анальгетический эффект достигает максимума через 20 мин после внутривенного введения, примерно через час после подкожно-

го и длится 4–6 часов в зависимости от типа препарата, дозы и стажа наркотизации. Может отмечаться гиперемия и зуд кожных покровов лица, в особенности носа. Отмечается сужение зрачка, спазм гладкой мускулатуры (включая мочеточник и желчные пути), запоры. Идиосинкразия к препарату наблюдается в виде аллергических реакций, анафилактического шока, отека легких.

Для постановки диагноза острой интоксикации, помимо общих для нее проявлений, состояние должно соответствовать следующим критериям:

1) наличие не менее одного из следующих признаков:
   - апатия, седативный эффект;
   - психомоторная заторможенность или расторможенность;
   - снижение сосредоточения и памяти, ограничение высших мыслительных функций, снижение умственной продуктивности;
2) наличие не менее одного из следующих признаков:
   - сонливость;
   - смазанная речь;
   - сужение зрачка (или расширение за счет аноксии при тяжелой передозировке);
   - нарушение сознания (ступор, кома).

Смерть при передозировке обычно связана с остановкой дыхания. Условно смертельная доза при начальной толерантности — 60 мг морфина; постепенное повышение толерантности делает возможным прием нескольких тысяч мг.

Для постановки диагноза синдрома отмены, помимо общих для него проявлений, состояние должно характеризоваться не менее чем тремя из следующих признаков:

- стремление к возобновлению приема наркотика;
- насморк или чихание;
- потливость;
- тошнота, рвота;
- тахикардия или гипертензия;
- психомоторное беспокойство;
- головные боли;

- бессонница;
- общее недомогание, слабость;
- транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии;
- большой судорожный припадок.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиоидов

Препараты на основе растения индийская конопля (*Cannabis sativa*) имеют различную наркотическую активность в зависимости от содержания в нем наиболее психоактивного из 60 каннабиоидов дельта-9-тетрагидроканнабиола (THC), процентное содержание которого определяет качество циркулирующих на рынке наркотических продуктов.

Марихуана («план», «травка») представляет собой разнообразную смесь листьев, семян, стеблей и цветочных головок конопли. Изготавливаемые из нее наркотические продукты по степени активности разделяют на 3 категории, обозначаемые индийскими именами. Наименее активный продукт *bhang* изготавливается из головок некультивированных растений. Большее количество конопляной смолы содержится в *ganja*, получаемого из цветущих головок и листьев тщательно отбираемых культивированных растений. Наиболее активным является *charas*, представляющий собой собственно смолу, получаемую из верхушек зрелой конопли; именно он обозначается как гашиш.

Каннабиоиды могут употребляться с пищей и питьем, но как правило, вдыхаются в процессе курения. Марихуану называют воротами в мир наркотиков. Первые эксперименты с ней у подростков чаще не сопровождаются опасными последствиями, характерными для других психоактивных веществ, что снижает страх перехода к ним. При наличии соответствующего опыта комбинированное употребление алкоголя дает здесь значительный аддитивный наркотический эффект. Употребление обычно начинается в старших классах школы. Факторами риска являются педагогическая запущенность, контакты с асоциальными субкультурами, депрессивная симптоматика, низкие навыки проблемно-решающего поведения.

Интоксикация развивается сразу после курения, достигает максимума через 10–30 мин и длится 2–4 ч, хотя психомоторные нарушения могут сохраняться еще несколько часов. Эффект от перорального приема длится от 5 до 12 ч.

Диагноз острой интоксикации ставится на основании соответствия состояния, помимо общих для острой интоксикации, следующим критериям:

1) наличие не менее одного из нижеперечисленных признаков:
   - ✧ эйфория и расторможенность;
   - ✧ тревога, беспокойство;
   - ✧ подозрительность или параноидные представления;
   - ✧ ощущение замедления течения времени;
   - ✧ снижение целенаправленности мышления;
   - ✧ снижение сосредоточения;
   - ✧ снижение быстроты реакций;
   - ✧ слуховые, зрительные или осязательные иллюзии;
   - ✧ галлюцинации при сохранной ориентировке;
   - ✧ деперсонализация или дереализация;
   - ✧ снижение умственной продуктивности;
2) также наличие не менее одного из следующих признаков:
   - ✧ повышение аппетита;
   - ✧ жажда;
   - ✧ сухость во рту;
   - ✧ симптомы конъюнктивита;
   - ✧ тахикардия.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ

Все снотворные и седативные средства потенцируют действие друг друга и алкоголя. Злоупотребление имеет разные стереотипы. Один из них — получение лицами преимущественно среднего возраста постоянного доступа к препаратам через врачей в рамках терапии

тревоги, бессонницы. Они могут выписывать лекарства у нескольких врачей одновременно, лекарственная зависимость часто подолгу остается незамеченной окружающими вплоть до появления физических признаков злоупотребления.

Доза опытного наркомана составляет 1,5–2 г в день. Физическая зависимость развивается в результате приема низких доз (10–40 мг в сутки) в течение нескольких лет или высоких доз всего за несколько недель или месяцев. Прием доз выше терапевтических в течение нескольких недель и более становится предпосылкой для возникновения синдрома отмены.

В отличие от барбитуратов, бензодиазепины имеют более высокий порог безопасности. Они в меньшей степени угнетают дыхательный центр, смертельная доза соотносится с наркотически эффективной как 200 : 1. Принимаемые с суицидной целью высокие дозы (более 2 г) вызывают сонливость, атаксию, иногда спутанность, не оставляя резидуальных следов. У лиц с низкой фрустрационной толерантностью бензодиазепины могут давать растормаживающий эффект с агрессивным поведением. В силу меньшего уровня достигаемой эйфории риск возникновения пристрастия относительно более низок, что не исключает возможности повышения толерантности и возникновения синдрома отмены.

Суточная доза опытного наркомана может составлять 1–1,5 г диазепама. Синдром отмены развивается на фоне суточной дозы порядка 40 мг, но может наблюдаться и на терапевтических дозах (10–20 мг), если препарат принимался свыше месяца. Препараты более длительного действия (диазепам) дают отставленный синдром отмены (на 5–7-й день).

Диагноз острой интоксикации ставится на основании общих для острой интоксикации критериев и:

1) наличия не менее одного из следующих психических признаков:
   - ✧ эйфория и расторможенность;
   - ✧ апатия, седативный эффект;
   - ✧ конфликтность, агрессивное поведение;
   - ✧ аффективная неустойчивость;
   - ✧ снижение сосредоточения;
   - ✧ антероградная амнезия;

- ✧ нарушения психомоторики;
- ✧ снижение умственной продуктивности;

2) не менее одного из следующих соматоневрологических признаков:
   - ✧ неуверенность походки;
   - ✧ неустойчивость в позе Ромберга;
   - ✧ смазанная речь;
   - ✧ нистагм;
   - ✧ нарушения сознания (ступор, кома);
   - ✧ кожные эритемы, пустулы.

Диагноз синдрома отмены ставится на основании общих для него критериев, а также наличия не менее трех из следующих признаков:

- тремор пальцев вытянутых рук, кончика языка или век;
- тошнота, рвота;
- тахикардия;
- ортостатическая гипотония;
- психомоторное беспокойство;
- головные боли;
- бессонница;
- слабость, недомогание;
- транзиторные зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии;
- параноидные представления;
- большой судорожный припадок.

Диагноз дополнительно подтверждается специфическими лабораторными методами.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина

Кокаин — производное растения кока (*Erythroxylon coca*, родина — Центральная Америка), листья которого индейцы издавна использовали для жевания с целью получения стимулирующего эффекта и снижения чувства голода.

Порошок кокаина чаще вдыхается через нос, или при курении («крэк») ингалируется его алкалоидная форма. Используется также подкожное и внутривенное введение. Препарат дает интенсивное чувство эйфории, длящееся 15–30 мин после внутривенного или интраназального введения.

Диагноз острой интоксикации ставится на основании общих для острой интоксикации критериев, а также:

1) наличия не менее одного из следующих психических признаков:
   - эйфория с чувством прилива энергии;
   - чувство повышенной бодрости;
   - тенденции к переоценке собственной личности, грандиозности планов;
   - конфликтность, агрессивное поведение;
   - аффективная неустойчивость;
   - повторяемость, стереотипность поведения;
   - слуховые, зрительные или осязательные иллюзии;
   - галлюцинации при сохранной ориентировке;
   - параноидные представления;
   - снижение умственной продуктивности и производительности труда;
2) наличия не менее двух из следующих соматических признаков:
   - тахикардия (иногда брадикардия);
   - сердечная аритмия;
   - гипертензия (иногда гипотония);
   - чередование профузного пота с ощущением холода;
   - тошнота, рвота;
   - потеря веса;
   - расширение зрачков;
   - психомоторное беспокойство (иногда адинамия);
   - мышечная слабость;
   - боли в груди;
   - судорожные припадки.

Диагноз синдрома отмены ставится на основании общих для него критериев, наличия аффективных нарушений (например, подавленность или ангедония), а также не менее двух из следующих симптомов:

1) чувство повышенной утомляемости;
2) психомоторная заторможенность или беспокойство;
3) тяга к кокаину;
4) повышение аппетита;
5) бессонница или повышенная сонливость;
6) причудливые или неприятные сны.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин

Наиболее известными стимуляторами нервной системы являются амфетамины декстроамфетамин (декседрин), метамфетамин (метедрин), метилфенидат (риталин). Стимуляторы обычно принимаются внутрь, хотя используется и внутривенное введение. Небольшие дозы вызывают быстрое улучшение самочувствия, повышение умственной продуктивности, снятие чувства усталости и голода, снижение болевого порога. Этим оправдывается медицинское применение препаратов при расстройствах сосредоточения у детей и взрослых, ожирении и потенцировании действия антидепрессантов.

Группы повышенного риска злоупотребления: пациенты, проходящие лечение ожирения, профессиональные спортсмены, водители на дальних рейсах. При повышении толерантности суточная доза может достигать 1 г. Условно смертельная доза составляет 120 мг. Симптомы острой интоксикации и отмены в целом идентичны таковым при употреблении кокаина.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов

Галлюциногены (психоделики, психотомиметики) — не вполне удачное обозначение сборной группы из свыше 100 природных и синтетических препаратов. Наиболее известные из природных — псилоцибин, получаемый из грибов, и мескалин, производимый из опреде-

ленного типа кактуса; из синтетических — диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD), дипропилтриптамин (DPT) и 3, 4-метилендиоксиметамфетамин, также известный как Extasy.

Длительное пристрастие возникает редко в связи с отсутствием надежной эйфории и непредсказуемостью каждого эпизода интоксикации. Отсутствует и физическая зависимость, синдром отмены. Толерантность развивается быстро, исчезая так же быстро, в течение 2–3 дней.

Диагноз острой интоксикации ставится на основании общих для общей интоксикации критериев, а также:

1) наличия в клинической картине не менее одного из следующих признаков:
   - страх, тревога;
   - зрительные, слуховые или осязательные иллюзии и галлюцинации при повышении остроты восприятия и сосредоточения;
   - деперсонализация, дереализация;
   - параноидные представления, идеи отношения;
   - аффективная неустойчивость;
   - повышенная активность;
   - импульсивное поведение;
   - нарушения сосредоточения;
   - снижение умственной продуктивности;
2) наличия не менее двух из следующих признаков:
   - учащение, а также усиление сердцебиений;
   - чередование профузного пота и чувства холода;
   - тремор;
   - помутнение зрения;
   - расширение зрачков;
   - нарушения координации.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака

Средняя сигарета содержит 0,5 мг действующего вещества табака — никотина. Условно смертельная доза составляет 60 мг.

Диагноз острой интоксикации ставится на основании общих для общей интоксикации критериев, а также:

1) наличия не менее одного из следующих признаков:
   - ✧ бессонница;
   - ✧ причудливые сны;
   - ✧ аффективная неустойчивость;
   - ✧ дереализация;
   - ✧ снижение умственной продуктивности;
2) наличия не менее одного из следующих признаков:
   - ✧ тошнота, рвота;
   - ✧ профузное потоотделение;
   - ✧ тахикардия;
   - ✧ сердечная аритмия.

Диагноз синдрома отмены ставится на основании общих для него критериев, а также наличия не менее двух из следующих признаков:

- тяга к употреблению табака;
- недомогание, слабость;
- тревога;
- дисфория;
- раздражительность или беспокойство;
- бессонница;
- повышение аппетита;
- кашель;
- изъязвление слизистой полости рта;
- снижение сосредоточения.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей

С наркотической целью используются следующие летучие растворители: бензин, растворители лака, различные виды клея, очисти-

тельные жидкости, аэрозоли (в особенности краски), амил- и бутилнитраты. Окись азота, эфир специфически используются медицинскими работниками, имеющими доступ к этим веществам и представляющими собой контингент, принципиально отличающийся от основных пользователей. Подавляющим большинством пользователей являются дети и подростки 6–16 лет из малообеспеченных слоев общества.

Ингаляция осуществляется непосредственно из упаковки или при помощи смоченной веществом тряпки или пластикового пакета, натягиваемого на голову. Интоксикация наступает через 5 мин и длится 15–30 мин. В ходе интоксикации эйфоризирующий эффект сменяется заторможенностью.

Диагноз острой интоксикации ставится на основании общих для нее критериев, а также:

1) наличия не менее одного из следующих психических признаков:
   - апатия, безучастность;
   - конфликтность, агрессивное поведение;
   - аффективная неустойчивость;
   - снижение целенаправленности мышления;
   - нарушения сосредоточения и памяти,
   - психомоторная заторможенность;
   - снижение умственной продуктивности;
2) а также наличия не менее одного из следующих неврологических признаков:
   - шаткость походки;
   - неустойчивость в позе Ромберга;
   - смазанная речь;
   - нистагм;
   - нарушения сознания (например, ступор, кома);
   - мышечная слабость;
   - помутнение зрения, диплопия.

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя

Центральной является проблема воздержания от употребления алкоголя. В связи с тем, что так называемое контролируемое употребление все же представляет собой высокий риск рецидива, больному следует предлагать полное и пожизненное воздержание, исходя из того, что не существует состояния «выздоровевший алкоголик».

Формирование мотивации к полному воздержанию определяет в целом успех лечения и зависит от правильного использования психологических и социальных факторов, значимых для мотивации. Необходима правильная оценка в каждом случае наследственных факторов, условий раннего развития, личностной структуры, социокультурных и семейных влияний, сопутствующей психиатрической патологии. Пессимистическое заключение об отсутствии мотивации к лечению слишком часто скрывает неумение врача найти индивидуальный подход к больному, установить с ним терапевтически продуктивные отношения.

Индивидуальная психотерапия на начальных этапах ставит задачи эмоциональной поддержки больного с постепенным анализом механизмов зависимости от окружающих, дефицита самооценки, агрессивных импульсов, таких дезадаптивных психологических защит, как ложь и отрицание. Наиболее успешным является комбинированный психотерапевтический подход, включающий как выявление внутренних причин алкоголизации (недостаточная устойчивость к социальному стрессу, низкий уровень самоутверждения и т. д.) с выработкой более эффективных стратегий проблемнорешающего поведения, так и подключение эмоционально стимулирующих социальных влияний, значимых для больного (налаживание отношений в семье, целеполагающего поведения в профессиональной сфере). Весьма эффективными оказываются разнообразные программы групповой и супружеской терапии, осуществляемые в стационарных условиях и с целью длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях, включая группы самопомощи (наиболее известная из последних — программа «Анонимный алкоголик»).

В случае невозможности коррекции патогенного влияния семьи и близкого социального окружения целесообразно временное помещение больного после проведения стационарного лечения в специально структурированные условия внебольничного проживания. Последние не получили еще в России практического распространения.

Из медикаментозных средств наиболее широко используется антабус (дисульфирам), метаболизм которого сопровождается накоплением ацетальдегида в крови при употреблении даже небольших количеств алкоголя. Вызываемая при суточной дозе антабуса 250 мг токсическая реакция включает гиперемию лица, чувство жара в склерах, верхних конечностях и груди, тошноту, головокружение, выраженное недомогание, помутнение зрения, тахикардию, чувство удушья, онемение конечностей. Наиболее серьезным последствием является выраженное снижение артериального давления. Реакция держится обычно 30–60 мин. При более высоких дозах антабуса может развиваться нарушение сознания, расстройства памяти. Успех терапии зависит от мотивирования больного к регулярному приему антабуса.

На начальных стадиях абстиненции доминируют симптомы тревоги, беспокойства, нарушения сна, которые контролируются анксиолитиками; клиническая выраженность депрессии в этот период делает необходимым использование антидепрессантов, лития. Для снятия тревоги могут успешно использоваться приемы поведенческой терапии (программы релаксации, самоконтроля, повышения самоутверждения). Химическое аверсивное кондиционирование (апоморфин, на фоне которого прием алкоголя вызывает рвоту), так же как и разнообразные суггестивные методы (шоковая психотерапия, кодирование, лечебный зарок и т. д.), оказывают долговременный эффект лишь у узкой категории высокомотивированных к лечению больных, в силу чего не финансируются страховой системой и находят в мировой наркологии гораздо более ограниченное применение, чем в России.

Лечение состояния отмены в результате употребления алкоголя

Симптоматическое, с постельным режимом, регидратацией при сильной потере жидкости (потливость, рвота, субфебрилитет), устранением недостаточности витамина B_{12} и фолиевой кислоты. При сниженном питании парентерально вводится тиамин (до глюкозы, поскольку последняя может затруднить усвоение тиамина). При на-

личии сведений о судорожных припадках в анамнезе назначается сульфат магния (2 мл 25% раствора в/м 4 раза в день в течение 2 дней). В целом же, противосудорожные препараты менее эффективны в предотвращении и лечении судорожных проявлений при синдроме отмены. В этом отношении, а также для снятия гиперактивности симпатической нервной системы более эффективны бензодиазепины (диазепам, хлордиазэпоксид).

Лечение состояния отмены с делирием в результате употребления алкоголя

Наиболее надежным способом обращения с делирием является его профилактика. 25–50 мг элениума (хлордиазэпоксида) каждые 2–4 ч в наиболее опасный период синдрома отмены обычно оказываются достаточными. Если делирий предотвратить не удалось, то доза повышается до 50–100 мг каждые 4 ч. Следует избегать использования фенотиазиновых препаратов, в связи с тем что они снижают порог судорожной готовности, а также могут способствовать дальнейшему снижению функций печени.

Важным является высококалорийный, богатый углеводами и витаминами рацион, при необходимости — меры по регидратации. Физическое ограничение возбужденных больных нецелесообразно, поскольку обычно не прекращает их попыток освободиться, продолжающихся до полного изнеможения. Важной может оказаться умело проводимая успокаивающая психотерапия.

Лечение психотических расстройств в результате употребления алкоголя

Включает прежде всего мероприятия, проводимые при синдроме отмены. При отсутствии эффекта могут использоваться небольшие дозы высокопотентных нейролептиков с прекращением их приема после устранения симптомов.

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления опиатов

При передозировке вводится антагонист опиатов (налоксон, налорфин — 0,4 мг в/в, повторно 4–5 раз в течение первых 30–45 мин).

В силу кратковременности действия налоксона возможно появление прекоматозного состояния в первые 4–5 ч, что требует тщательного наблюдения за состоянием пациента.

При подавлении синдрома отмены используется синтетический опиат метадон для замещения героина (20–80 мг перорально). Он должен отменяться после снятия синдрома отмены, поскольку сам обладает наркотическим эффектом. Для снятия синдрома отмены метадона (значительно более слабого, чем при героине) используется клонидин, 0,1–0,3 мг 3–4 раза в день на период дезинтоксикации. Преимуществами метадона являются пероральный прием, возможность его легального получения и продуктивной деятельности на фоне приема; недостатком — сохранение наркотической зависимости. Его использование в особенности показано при терапии женщин-наркоманок в состоянии беременности для предотвращения синдрома отмены у новорожденного.

Аналогичный метадону опиат L-альфа-ацетилметадол обеспечивает подавление синдрома отмены в течение 72–96 ч, делая возможным более редкий прием. Использование антагонистов опиатов (налоксон, налтрексон) обрывает эйфоризирующий эффект наркотика, однако само по себе не обеспечивает мотивации больного к прекращению злоупотребления.

В силу того что фармакологическое вмешательство не дает окончательного решения всех психосоциальных проблем больного, лечебный комплекс всегда должен включать реабилитационные мероприятия. Для этого используется индивидуальная и групповая психотерапия, группы самопомощи (программа «Анонимный наркоман»).

Психотерапия повышает суммарную эффективность лечебных программ, в особенности при наличии сопутствующей психиатрической патологии. Оптимальные рамки для проведения реабилитации — терапевтическое сообщество, вырывающее больного из привычной среды обитания, где персонал в большинстве состоит из бывших наркоманов, обладающих навыками тщательного контроля мотивации больного к абстиненции, без которой больные не допускаются к лечению. В группах терапевтического сообщества больные находятся 12–18 мес., пока не смогут вернуться к месту проживания. Целью является не только достижение абстиненции, но и приобретение полезных социальных навыков, коррекция ан-

тисоциальных установок. 90% поступающих выходят из терапии в течение первого года; у остающихся достигается достаточно высокий эффект.

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления каннабиоидов

Специфической терапии от злоупотребления каннабиоидами не существует. При использовании наркотика как средства снятия тревоги, депрессии внимание должно быть обращено на сопутствующую психическую патологию. Решающей является коррекция социальной жизни, семейных отношений. Контроль абстиненции включает периодическое определение соответствующих метаболитов в моче.

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления седативных или снотворных веществ

Выведение из состояния отмены целесообразнее начинать в стационарных условиях. В состоянии комы или при выраженных признаках интоксикации назначение барбитуратов не рекомендуется. При снятии умеренно выраженного синдрома отмены методом проб подбирается доза препарата, позволяющая достичь мягкого седативного эффекта. После удержания его в течение 1–2 дней доза постепенно снижается (не менее чем на 10% в день, последние 10% доводятся до нуля в течение 3–4 дней). При возобновлении признаков отмены снижение дозы должно быть еще более постепенным. Барбитураты кратковременного действия целесообразно замещать препаратами с более долговременным эффектом (фенобарбитал). Замещение барбитуратов бензодиазепинами нецелесообразно ввиду риска замены одной зависимости на другую.

При психологическом дефиците проблемно-решающего поведения наркотик, безусловно, в какой-то мере помогает справиться с внутренним напряжением, тревогой, чувством собственной малоценности. Поэтому на выходе в полную абстиненцию больного обязательно должны сопровождать соответствующие психосоциальные меро-

приятия, в противном случае он будет обречен вновь обратиться к приему наркотика. Профилактика злоупотреблений требует ориентировки врача на назначение препаратов в течение короткого времени при наличии специфической терапевтической мишени. Врач должен настороженно относиться к таким косвенным признакам злоупотребления, как посещения других врачей, просьбы о повышении доз, о выписке новых рецептов взамен утерянных.

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления кокаина

При острой кокаиновой интоксикации назначается оксигенация легких (при необходимости под давлением) в позе Тренделенбурга. При наличии судорог внутривенно вводится диазепам (5–10 мг). Последний показан также при наличии тревоги с гипертензией и тахикардией. Возможно также введение антагониста симпатомиметического эффекта кокаина — пропранолола (ежеминутно в/в 1 мг до 8 мин), хотя он не является защитой от смертельных доз или средством лечения тяжелой передозировки.

Появляющаяся психотическая симптоматика является показанием для назначения нейролептиков. Стационарное пребывание при выведении из состояния интоксикации имеет в том числе целью предотвращение доступа к препарату и контроль суицидных тенденций. Терапия сном (лоразепам) имеет целью лучшее субъективное перенесение симптомов отмены. В некоторых случаях эффективными для поддержания абстиненции являются трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО и литий (при цикличности аффекта).

Психотерапия и реабилитация проводятся как при алкоголизме. Существенно способствование замещению иллюзорного психологического эффекта кокаина более реалистичным самоутверждением больного в социальной жизни. Интерперсональная терапия фокусируется на анализе коммуникативного поведения, специфических ситуаций, являющихся пусковыми моментами для наркотизации. В состоянии кокаиновой абстиненции заместительная алкоголизация чревата рецидивом кокаинизма.

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин

При терапии передозировки окисление мочи (хлористый аммоний) способствует ускорению выведения препарата из организма. При лечении синдрома отмены может оказаться необходимой госпитализация для контроля суицидного и социально опасного поведения. Высокая степень зависимости от препарата делает здесь психотерапию особенно трудной.

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления галлюциногенов

При острой интоксикации обычно достаточны эмоциональная поддержка, ободрение, хотя при выраженной тревоге может понадобиться назначение анксиолитиков, иногда — бутирофенонов (фенотиазинов следует избегать, так как они могут потенцировать антихолинэргический эффект).

Лечение психических и поведенческих расстройств в результате употребления табака

Используются многие терапевтические подходы, ни один из которых не продемонстрировал преимущества перед другими. Наиболее часто применяются разнообразные формы внушения (так называемое «кодирование», акупунктура), аверсивная поведенческая терапия, замещающая терапия (жевательная резинка с никотином для смягчения синдрома отмены, или лобелином, дающим родственный никотину эффект). В период отмены целесообразна терапия анксиолитиками. Успеху способствует наличие поддержки близких и группы курильщиков-абстинентов, страх перед соматическими последствиями курения (рак легкого, ИБС).

Обращающиеся за помощью курильщики оказываются наиболее терапевтически резистентными, лечебные программы дают не выше 20% успешных случаев. В то же время 95% абстинентов не получали

медицинской помощи, оставляя неясным, как и почему они бросили курить. Прогностически неблагоприятными факторами являются неудовлетворительная социальная адаптация, женский пол, высокий уровень курения перед терапией.

Другие зависимости и их лечение

В настоящее время становится все более актуальной область расстройств, объединяемая общим термином «болезни зависимости» (алкоголизм, наркомания, табакокурение, пристрастие к азартным играм, интернет-зависимость). Этому способствует широкое употребление алкоголя, наркотиков, особенно в среде подростков и молодежи, приобретающее характер национального бедствия, а также появление новых расстройств, ранее не существовавших, связанных в основном с распространением различных продуктов технического прогресса.

Addictus (аддиктус) — это юридический термин, которым называют человека подчиняющегося, осужденного: «addicere liberum corpus in servitutem» означает «приговаривать свободного человека к рабству за долги»; «аддиктус» — тот, кто связан долгами (Stowasse M., 1990).

Таким образом, метафорически зависимым поведением называется глубокая зависимость от некоей власти, от непреодолимой вынуждающей силы, которая обычно воспринимается и переживается как идущая извне, будь то наркотики, сексуальный партнер, пища, деньги, власть, азартные или компьютерные игры, т. е. любая система или объект, требующие от человека тотального повиновения и получающие его. Такое поведение выглядит как добровольное подчинение (compulsion).

Понятие «аддиктивные расстройства» (болезни зависимости) охватывает различные типы поведения: сюда входят наркотическая зависимость и алкоголизм, курение, пристрастие к азартным играм и обильной еде, гиперсексуальность, а также получившая широкую распространенность в последнее время компьютерная зависимость, в западной медицине именуемая «интернет-зависимость» (Янг К., 1999). Все эти типы поведения питает мощная сила подсознания, что

придает им такие качества, как непреодолимость влечения, требовательность, ненасытность и импульсивная безусловность выполнения. Зависимое поведение характеризуется широким спектром патологии различной степени тяжести — от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и биологической зависимости.

Признаки болезней зависимости

1. Синдром измененной восприимчивости организма к действию данного раздражителя (защитные реакции, устойчивость к нему, форма потребления).
2. Синдром психической зависимости (навязчивое влечение, психический комфорт в период потребления, будь то наркотик, алкоголь или игровой аппарат).
3. Синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Последний из приведенных признаков более выражен у людей, страдающих зависимостью от каких-либо химических веществ, но и у игроков, хотя в меньшей степени, он также может иметь место. В любом случае эти три синдрома отличают человека, страдающего болезнью зависимости, от здорового.

Гемблинг (патологическая склонность к азартным играм)

Гемблинг по МКБ-10 «заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей, не уделяется должного внимания обязанностям в этих сферах».

Ц. П. Короленко и Т. А. Донских (1990) выделяют ряд признаков, характерных для азартных игр как одного из видов аддиктивного поведения. К ним относятся:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игры, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.
4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием приступить к ней снова. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания.
5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску.
6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», всепреодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.
7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Это выражается в том, что, решив раз и навсегда «завязать», при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения) гемблинг возобновляется.

В последнее время проблема азартных игр приобрела исключительно важное значение в связи с повсеместным распространением денежных игровых автоматов, открытием множества казино. Их оформление способствует усилению суггестивного эффекта легкой возможности выигрыша за короткое время. Игровые автоматы давно распространены во всем мире. Так, еще в 1970-х гг. в Англии возникла проблема низкой посещаемости кинотеатров, вплоть до необходимости их закрытия, за счет возрастающей популярности залов игровых автоматов. В США, по данным K. Volberg (1996), количество «проблемных гемблеров» — аддиктивных игроков, настолько зависимых от игровых автоматов, что их жизнь оказывается полностью подчиненной этой страсти, — достигает 5% населения. Данные других исследователей (Ladouceur R. et al., 1999) свидетельствуют о том, что только за первую половину 1990 г. число проблемных гемблеров выросло в Канаде более чем на 75%.

В связи с повсеместным распространением игровых автоматов и отсутствием контроля, в частности возрастного, в игровых залах России среди населения практически во всех возрастных группах началась своеобразная **гемблинг-эпидемия**. Подростки не оказались в стороне от нее. У последних имеются свои особенности гемблинг-зависимости. Исследование особенностей гемблинга среди подростковой популяции в 10 000 человек в возрасте от 12 до 13 лет из 114 школ в Англии и Уэльсе показало, что подростки играют практически в те же игры, что и взрослые. Вместе с тем подростки предпочитают игровые автоматы (fruit machines, которые в настоящее время стоят во всех игорных залах России), а также билеты Национальной лотереи. По данным австралийских исследователей, более 5% подростков могут быть отнесены к проблемным гемблерам (Fisher M., 1999).

P. Delfabbro, L. Thrupp (2003), рассматривая социальные детерминанты, способствующие возникновению подросткового гемблинга, указывают на факт гемблинга среди родителей, а также положительное отношение к игре в семье. Говоря о факторах, препятствующих подростковому гемблингу, исследователи отмечают воспитание в семье таких качеств, как умение сохранять свои деньги, составлять и поддерживать бюджет.

Многие зарубежные исследователи считают азартные игры серьезной социальной проблемой, представляющей угрозу для населения. Она усугубляется тем, что в процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем, и игра рассматривается как приятное времяпрепровождение. На основе этого механизма развивается зависимость. До сих пор в литературе не утихают споры — является ли гемблинг аддикцией или в большей степени одной из форм обсессивно-компульсивного расстройства (Blanco G. et al., 2001).

Р. Кастер (1984) выделил три стадии развития гемблинга: стадию выигрышей, проигрышей, разочарования.

Стадия выигрышей представлена следующими признаками:

- случайная игра;
- частые выигрыши;
- воображение предшествует и сопутствует игре;
- более частые случаи игры;

- увеличение размера ставок;
- фантазии об игре;
- очень крупный выигрыш;
- беспричинный оптимизм.

Для стадии проигрышей характерны:

- игра в одиночестве;
- хвастовство выигрышами;
- размышления только об игре;
- затягивающиеся эпизоды проигрышей;
- неспособность остановить игру;
- ложь и сокрытие от друзей своей проблемы;
- уменьшение заботы о семье или супруге;
- уменьшение рабочего времени в пользу игры;
- отказ платить долги;
- изменения личности (раздражительность, утомляемость, необщительность);
- тяжелая эмоциональная обстановка дома;
- одалживание денег на игру;
- очень большие долги, возникшие как законными, так и незаконными способами;
- неспособность оплатить долги;
- отчаянные попытки прекратить играть.

Признаками стадии разочарования являются:

- потеря профессиональной и личной репутации;
- значительное увеличение времени, проводимого за игрой;
- увеличение размера ставок;
- удаление от семьи и друзей;
- угрызения совести, раскаяние;
- ненависть к другим;
- паника;
- незаконные действия;

- безнадежность;
- суицидальные мысли и попытки;
- арест;
- развод;
- злоупотребление алкоголем;
- эмоциональные нарушения;
- уход в себя.

В. В. Зайцев и А. Ф. Шайдулина (2003) описали развитие фаз и поведение пациентов, составляющих так называемый **игровой цикл**, понимание которого важно для формирования психотерапевтических задач при работе с проблемными гемблерами:

1. Фаза воздержания характеризуется уходом от игры из-за отсутствия денег, давлением микросоциального окружения, подавленностью, вызванной очередной игровой неудачей.
2. В фазе «автоматических фантазий» учащаются спонтанные фантазии об игре. Гемблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрыша, вытесняет эпизоды проигрышей. Фантазии возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов.
3. В фазе нарастания эмоционального напряжения в зависимости от индивидуальных особенностей возникает тоскливо-подавленное настроение либо отмечаются раздражительность, тревога. Иногда это настроение сопровождается усилением фантазий об игре. В ряде случаев оно воспринимается пациентом как бессодержательное и даже направленное в сторону от игры и замещается повышением сексуального влечения, интеллектуальными нагрузками.
4. Фаза принятия решения играть включает два варианта. Первый из них состоит в том, что пациент под влиянием фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Это «очень вероятный для выигрыша», по мнению гемблера, вариант игрового поведения. Характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Другой вариант — решение играть приходит сразу после игрового эпизода. В его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадий заболевания.

5. В фазе вытеснения принятого решения интенсивность осознаваемого больным желания играть уменьшается — и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гемблера. Сочетание этих условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха).
6. Для фазы реализации принятого решения характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Часто гемблеры описывают это состояние как «транс», «становишься как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента еще возникают конструктивные возражения, они тут же отметаются иррациональным мышлением. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока не проигрываются все деньги. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

Эти авторы уделяют особое внимание так называемым «ошибкам мышления», которые формируют иррациональные установки гемблеров. Ошибки мышления бывают стратегическими, обусловливающими общее положительное отношение к своей зависимости, и тактическими, которые запускают и поддерживают механизм «игрового транса».

К **стратегическим ошибкам мышления** относятся следующие внутренние убеждения:

- деньги решают все, в том числе проблемы эмоций и отношений с людьми;
- неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности устранить жизненные неудачи успешной игрой;
- замещение фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше.

К **тактическим ошибкам** мышления относятся:

- вера в выигрышный день;
- установка на то, что обязательно должен наступить переломный момент в игре;

- представление о том, что возможно вернуть долги лишь с помощью игры, то есть отыграть;
- эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче себе самому слова никогда не играть;
- убеждение о том, что удастся играть только на часть денег;
- восприятие денег во время игры как фишек или цифр на дисплее;
- представление о ставках как о сделках.

Первые попытки лечения зависимых пациентов предпринимались, вероятно, тогда, когда возникло понимание алкоголизма как болезни. Первые научно обоснованные материалы появились намного позже. Во всех работах важная роль отводилась и отводится психотерапии как основному методу лечения данной категории пациентов.

Работа психотерапевта с зависимыми людьми основана на положении, что попытки пациентов в одиночку выдерживать длительную борьбу со своей зависимостью, соблюдая полное воздержание, приносят мало пользы. Такое лечение может быть даже опасным, особенно при наличии наклонностей к самообвинению. Позже было установлено, что непсихологическое лечение не приносит пользы, поскольку значимость химических веществ, вызывающих у пациента зависимость, обусловлена психологически.

При обращении к врачу необходимо учитывать следующие общие закономерности:

- чем меньше времени прошло с момента возникновения зависимости, тем больше шансов на успех лечения;
- предварительное лечение помогает пациенту осознать, что он болен;
- не следует ожидать от пациента абсолютного воздержания в начале лечения.

Современная психотерапия обладает большим арсеналом методов лечения зависимых расстройств: индивидуальная, групповая и семейная психотерапия. Зачастую выбор метода лечения определяется лишь личным предпочтением психотерапевта, реже — самого пациента. Среди конкретных методов психотерапии в литературе указываются «Образная десенсибилизация», «Образная релаксация», «Выработка отвращения», «Экспозиционная терапия

in vivo», «Восприятие контроля», «Когнитивно-поведенческая терапия» и др.

По мнению большинства специалистов, наилучший результат дает сочетанное применение индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Одной из наиболее известных программ по борьбе с зависимыми расстройствами является система «12 шагов», по которой работают такие организации, как «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Анонимные игроки», «Анонимные обжоры» и т. д. Эта система групповой терапии помогает человеку признаться в собственной слабости и принять мысль о смирении и альтруизме, которые являются необходимой альтернативой эгоизму и эгоцентризму, возникающим в процессе развития болезни. Множество поддерживающих, активизирующих и управляющих элементов, с которыми пациенты сталкиваются с момента включения в программу, обеспечивают структуру и поддержку, компенсируя их слабость по саморегуляции. Человек получает помощь, способную поддержать и направить его на восстановление собственной жизни, часто уже разрушенной почти до основания. Он начинает управлять событиями своей жизни, противопоставляя себя ошибочному мнению зависимого человека о том, что со своими проблемами он может справиться в одиночку. Успешность лечения в группах данного типа составляет не более 14–18%, если считать всех пациентов, которые обращаются за помощью в эти организации.

Генерализованное тревожное расстройство и его лечение

В последнее время отмечается повышенный интерес врачей соматических специальностей к психическим расстройствам. Среди них особое место занимает генерализованное тревожное расстройство. Главным его проявлением является хроническая тревога.

Тревога — это эмоциональное переживание происходящего, при котором человек испытывает дискомфорт от неопределенности перспективы.

Эволюционное значение тревоги заключается в мобилизации организма в экстремальных ситуациях. Определенный уровень тревоги

необходим для нормальной жизнедеятельности и продуктивности человека. Нормальная тревога помогает адаптироваться к различным ситуациям. Она возрастает в условиях высокой субъективной значимости выбора, внешней угрозы при недостатке информации и времени. Патологическая тревога, хотя и может провоцироваться внешними обстоятельствами, обусловлена внутренними психологическими и физиологическими причинами. Она непропорциональна реальной угрозе или не связана с ней, а главное — неадекватна значимости ситуации и резко снижает продуктивность и адаптационные возможности организма. Клинические проявления патологической тревоги разнообразны и могут носить приступообразный или постоянный характер, проявляясь как психическими, так (и даже преимущественно) соматическими симптомами. Последнее особенно важно в работе ВОП.

Концепцию возникновения соматических симптомов, эквивалентов тревоги, предложил S. Freud. Он констатировал, что такие соматические симптомы, как расстройства сердечной деятельности, спазм сосудов, нарушения дыхания, диарея, дрожь, приступы потливости, голода, парестезии и др., сопровождают приступ тревоги в качестве его эквивалентов или как «маскированные» состояния тревоги. Часто эти симптомы замещают у пациента ощущение тревоги как таковой.

Соматические проявления тревоги чаще встречаются в таких социально-культурных общностях, где психические расстройства считаются «недопустимыми», «неприличными», а соматическое заболевание — «бедой», «несчастьем», которое может вызывать сочувствие, помощь и поддержку окружающих. Кроме того, к «соматизации» тревоги предрасполагает ряд конституциональных, приобретенных и внешних факторов, таких как психологический склад личности, особенности телесной чувствительности, длительность стресса, а также так называемая алекситимия (недостаточная способность человека распознавать и выражать собственные чувства).

Соматические проявления длительного высокого уровня тревоги разнообразны и включают симптомы, связанные с хроническим мышечным напряжением — головные боли, миалгии, боли в спине и пояснице (часто трактуемые как «остеохондроз»), мышечные подергивания и др. Нередко единственной жалобой при генерализованном тревожном расстройстве бывает стойкая слабость, также обусловлен-

ная хроническим мышечным напряжением. Для тревоги характерны разнообразные вегетативные симптомы: сердцебиение (вплоть до пароксизмальной тахикардии), перебои в работе сердца, чувство сдавления или сжатия в груди, кардиалгии, ощущение нехватки воздуха, повышение АД, дрожь, спастические боли в животе, сухость во рту, повышенная потливость, тошнота, диарея, бледность или покраснение, «гусиная» кожа. Нередки также головокружение, зуд, крапивница, бронхоспазм, нарушение половых функций.

ВОП не должен вводить в заблуждение тот факт, что пациенты чаще считают тревогу вторичной по отношению к соматическим симптомам («стало страшно, что сердце остановится», «испугалась, что потеряю сознание»). На самом деле тревога в таких случаях является первичной, а соматические проявления — ее симптомами, а не причиной. Лишь менее 20% пациентов с генерализованным тревожным расстройством сами отмечают типичные для тревоги психологические симптомы: ощущение опасности, беспокойства, постоянного «планирования», сверхконтроля ситуации, «взвинченности»; для их выявления больных нужно активно расспрашивать. Умение распознавать возможные соматические симптомы тревоги важно для ВОП по двум причинам: необходимость дифференциальной диагностики генерализованного тревожного расстройства и соматических заболеваний; частое их сочетание друг с другом.

Критерии диагностики генерализованного тревожного расстройства:

1) генерализованная стойкая тревога, не ограниченная какими-либо определенными обстоятельствами;
2) тревога сопровождается опасениями за свои здоровье и жизнь, жизнь и здоровье близких, дурными предчувствиями, напряженностью; мышечным напряжением, вегетативными или вегетативно-болевыми симптомами;
3) симптомы существуют большинство дней в неделю в течение нескольких недель или месяцев.

Симптомы тревоги нередко обнаруживаются лишь при направленном расспросе больного или в беседе с его родственниками. Гораздо чаще пациенты активно предъявляют именно соматические жалобы и жалобы на нарушения сна, особенно на расстройство засыпания,

вызванное многократным «прокручиванием» в голове событий, происшедших за день и ожидаемых в будущем, а также разорванный сон. Если пациент жалуется на «стрессы», это также должно насторожить врача на предмет выявления генерализованного тревожного расстройства.

Среди внешних признаков у пациента обычно можно отметить беспокойные движения, суетливость, привычку что-нибудь теребить руками, тремор пальцев, нахмуренные брови, напряженное лицо, глубокие вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частые глотательные движения.

В первичном звене медицинской помощи генерализованное тревожное расстройство является самым частым из тревожных расстройств. По результатам обследования многих тысяч пациентов его распространенность в течение жизни в общей популяции составляет 6,5% (по критериям МКБ-10), в общемедицинской практике — от 5 до 15%. Оно занимает второе по частоте место после заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Частота генерализованного тревожного расстройства у подростков и молодых взрослых невелика, но увеличивается с возрастом, делая резкий скачок у женщин после 35, а у мужчин после 45 лет. Вдвое чаще оно возникает у женщин, у неработающих, а также на фоне соматических заболеваний, имеет многолетнее волнообразное течение, обостряясь после стрессовых событий. Через 5 лет от начала спонтанная полная ремиссия отмечается лишь у трети больных. Как правило, к моменту постановки диагноза длительность расстройства составляет 5–10 лет.

Больные генерализованным тревожным расстройством обращаются к ВОП, даже если у них нет других психических и соматических заболеваний. Взрослые лица, имеющие симптомы тревоги, в 6 раз чаще посещают кардиолога, в 2,5 раза — ревматолога, в 2 раза — невролога, уролога и ЛОР-врача, в 1,5 раза чаще — гастроэнтеролога и в 1,5 раза чаще обращаются за помощью в стационар. Кроме того, они характеризуются в 2–2,5 раза более выраженным снижением трудоспособности и продуктивности и почти в 2 раза более высокими затратами на медицинское обслуживание. У 39% больных отмечается нарушение социального функционирования, что проявляется в снижении производительности труда, уменьшении контактов

с окружающими, невыполнении повседневных обязанностей. Генерализованное тревожное расстройство входит в первую десятку заболеваний с наибольшей временной нетрудоспособностью и по этому показателю стоит на одном уровне с ИБС, диабетом, болезнями суставов, язвенной болезнью, а из психических расстройств — с депрессией или даже опережает ее.

У врачей-терапевтов больные с соматическими симптомами тревоги обычно получают лечение, направленное на коррекцию физиологических функций и симптомов, нередко в виде полипрагмазии. Например, в США в 1999 г. на лечение тревожных расстройств затрачивалось 42,3 миллиарда долларов, причем более половины затрат приходилось именно на препараты, не относящиеся к категории психотропных. Поскольку психопатологическая симптоматика, как правило, остается невыявленной, эта терапия оказывается недостаточно эффективной. Одновременно эти больные по понятным причинам редко обращаются за психиатрической помощью. Они пополняют ряды больных, которые, с одной стороны, правомерно недовольны результатами лечения, а с другой, рассматриваются ВОП и врачами соматических специальностей как «проблемные». Так, среди пациентов, которых интернисты считали «трудными» для диагностики и лечения, 13% страдали генерализованным тревожным расстройством.

Выявление данного заболевания врачами-непсихиатрами оставляет желать лучшего даже в тех странах, где сам этот диагноз прочно вошел в обиход. Так, в Германии ВОП ставят диагноз лишь 34% пациентам с генерализованным тревожным расстройством. Причины неудовлетворительной диагностики многочисленны. Они включают недостаточный уровень информированности врачей о заболевании, нехватку времени у врача, частое наличие других психических расстройств, волнообразность течения, а также то, что пациенты связывают свои симптомы исключительно с физическим состоянием здоровья и бытовыми причинами (например, постоянные трудности с засыпанием пациент с генерализованным тревожным расстройством, как правило, объясняет хронической перегрузкой на работе и т. д.). «Бытовые» объяснения своим жалобам предпочитает давать примерно половина больных с тревогой; это обстоятельство существенно ухудшает выявляемость тревожных расстройств ВОП.

Дифференциальный диагноз между генерализованным тревожным расстройством и депрессией

На практике следует дифференцировать генерализованное тревожное расстройство и депрессию. Несмотря на сходство большинства их соматических симптомов, для депрессии более характерны снижение или повышение аппетита и массы тела и стойкий болевой синдром без явной соматической причины. Однако главные различия выявляются в психопатологической симптоматике.

При депрессии доминирует:

- снижение настроения;
- гораздо чаще встречаются мысли о смерти;
- суицидальные тенденции.

Кроме того, выявляются симптомы, практически отсутствующие при генерализованном тревожном расстройстве:

- утрата желаний, удовольствия и интереса к тем видам деятельности, которые обычно были приятными;
- апатия;
- потеря уверенности в себе;
- снижение самооценки;
- чувство безнадежности, пессимизма, вины.

Можно сказать, что при депрессии у пациента как бы нет будущего, при тревоге — оно есть и пугает своей неопределенностью.

В общемедицинской практике врачу приходится не только проводить дифференциальный диагноз, но и сталкиваться с их сочетанием. Связь хронических соматических болезней с тревогой возникает легче, чем с другими психическими расстройствами, в том числе депрессией. Вторичное по отношению к соматическому заболеванию генерализованное тревожное расстройство возникает позже первого, выраженность его по времени колеблется в зависимости от обострения или ремиссии соматического заболевания, тревога исчезает после излечения соматического заболевания. Вместе с тем генерализованное тревожное расстройство в 62% случаев предшествует развитию болезней сердца; примерно в половине случаев возникает до, а в половине — после болезней почек и органов дыхания.

Это расстройство следует своевременно выявлять и лечить и потому, что оно ухудшает прогноз сопутствующей соматической патологии. Однако наличие соматической патологии уменьшает вероятность постановки диагноза генерализованного тревожного расстройства как самостоятельного заболевания: врачи расценивают повышенную тревожность, например, при диабете как «нормальное явление», оправданное тяжелой соматической патологией. Вследствие этого правильный диагноз не ставится и лечение не проводится.

Лечение генерализованного тревожного расстройства

Целью лечения является устранение основных симптомов — хронического беспокойства, мышечного напряжения, вегетативной гиперактивации и нарушений сна. Терапию необходимо начинать с разъяснения пациенту того факта, что имеющиеся у него соматические и психические симптомы являются проявлением повышенной тревожности и что сама тревожность — это не «естественная реакция на стрессы», а болезненное состояние, которое успешно поддается терапии.

Эффективным методом лечения является психотерапия, в первую очередь когнитивно-поведенческая, и методы релаксации. В условиях отечественной системы оказания медицинской помощи систематическая квалифицированная психотерапия пока малодоступна, поэтому на первое место выступает медикаментозное лечение генерализованного тревожного расстройства и субсиндромальной тревоги.

Основной принцип более доступной медикаментозной терапии заключается не в коррекции отдельных соматических и психических симптомов, а в назначении препаратов с противотревожным (анксиолитическим) эффектом. Для этого используются разные препараты с противотревожным действием — анксиолитики и антидепрессанты. С учетом хронического течения, необходимости длительной терапии, частого наличия сопутствующих соматических заболеваний и приема других лекарственных средств препарат для лечения генерализованного тревожного расстройства должен отвечать следующим требованиям:

- эффективность;
- безопасность и хорошая переносимость при длительном приеме;
- минимальные лекарственные взаимодействия;
- быстрое начало действия;
- возможность быстрой отмены без возникновения «синдрома отмены».

Из антидепрессантов эффективны некоторые **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина**: флуоксетин, сертралин, флувоксамин, пароксетин. Антидепрессанты имеют несомненное и главное преимущество — собственно антидепрессивный эффект. По этой причине селективные ингибиторы обратного захвата серотонина следует назначать для лечения в тех случаях, когда тревоге сопутствуют депрессия или другие тревожные расстройства, такие как паническое, социофобия, обсессивно-компульсивное расстройство.

Трициклические антидепрессанты следует оставлять в резерве на случай неэффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Необходимо иметь в виду определенный психологический барьер перед применением антидепрессантов, который пока наблюдается у врачей соматических специальностей и у многих пациентов. Врач и пациент легче воспринимают назначение «успокаивающих», седативных препаратов, т. е. собственно противотревожных (анксиолитических) средств. К наиболее распространенным из них относятся **препараты бензодиазепиновой группы**: альпразолам (ксанакс), феназепам, диазепам (реланиум, седуксен), клоназепам (ривотрил) и др. Помимо противотревожного и седативного эффектов бензодиазепины обладают снотворным и миорелаксирующим действием, в разной степени выраженным у разных препаратов этой группы. Они различаются и по продолжительности действия.

Несмотря на то, что бензодиазепины рекомендованы для лечения генерализованного тревожного расстройства, они имеют ряд недостатков. Хотя бензодиазепины быстро купируют нарушения сна и многие соматические симптомы тревоги, на психические симптомы они влияют меньше, поэтому после их отмены пациенты часто отмечают быстрое возобновление симптоматики. Применение бензодиазепинов сопряжено с риском привыкания и формирования лекарственной зависимости, препараты этой группы нельзя прини-

мать дольше 2–4 недель, что делает их малопригодными для длительной терапии.

При длительном приеме бензодиазепинов помимо риска зависимости возможны и другие побочные эффекты:

- стойкое нарушение познавательных функций, в частности внимания, памяти;
- повышение риска падений (особенно у лиц пожилого и старческого возраста);
- влияние на вождение автомобиля;
- синдром отмены в виде резкого усиления тревоги и др.

При отдельных соматических заболеваниях существуют и дополнительные проблемы применения бензодиазепинов. Например, они противопоказаны пациентам с хроническими обструктивными заболеваниями легких, так как снижают активность дыхательного центра, ухудшают функцию внешнего дыхания и переносимость физической нагрузки.

К сожалению, по некоторым данным, препараты бензодиазепинового ряда принимает 5–10% населения, из них более половины — длительно. Нередко для купирования симптомов тревоги, особенно проявляющихся кардиальными жалобами и повышенной нервностью, пациенты самостоятельно или по рекомендации врача принимают препараты типа валокордина (корвалола), валосердина. Основным активным веществом в них является фенобарбитал. Прием валокордина от случая к случаю в небольших дозах допустим, однако на практике встречаются многочисленные больные (как правило, это и есть больные с генерализованным тревожным расстройством), которые прибегают к длительному, ежедневному приему этих препаратов во все увеличивающихся дозах. По сути дела, здесь имеет место развитие одного из наиболее тяжелых видов лекарственной зависимости — барбитуровой. Она труднее всего поддается терапии и чревата серьезным синдромом отмены при попытке прекратить прием. Следовательно, для длительного купирования симптомов тревоги эти препараты противопоказаны.

Для лечения рекомендуется также **атаракс** (гидроксизин), который доказал свою эффективность и отсутствие свойственных бензодиазепинам побочных эффектов. Он обладает выраженным

противотревожным действием. Как и бензодиазепины, атаракс эффективен при генерализованном тревожном расстройстве и других тревожных состояниях, преимущественно с соматической симптоматикой, в частности при острой тревоге после сильного стресса. Помимо анксиолитического действия атаракс положительно влияет на психовегетативные и соматические симптомы, купирует раздражительность и улучшает сон. Он характеризуется очень быстрым началом эффекта и отсутствием феномена «отдачи» при резкой отмене. Все это делает атаракс удобным для длительного применения ВОП у больных, особенно имеющих сопутствующую соматическую патологию.

Часто, чтобы не прибегать к бензодиазепинам, пациентам назначают малые нейролептики, например тиоридазин (сонапакс), но с учетом экстрапирамидных побочных эффектов даже малых доз нейролептиков они не включены в перечень препаратов, рекомендованных для длительного лечения генерализованного тревожного расстройства.

Таким образом, генерализованное тревожное расстройство — распространенное психическое нарушение с хроническим течением, спонтанная ремиссия которого отмечается лишь у трети пациентов. Оно вызывает снижение трудоспособности и качества жизни, как депрессия, и утяжеляет течение сопутствующих соматических расстройств, приводя к увеличению затрат на ведение таких пациентов.

Заболевание требует быстрой диагностики и назначения эффективной терапии, в том числе ВОП и врачами соматических специальностей.

Паническое расстройство и его лечение

Паническое расстройство — достаточно изученная в мировой психиатрии и относительно непривычная для отечественных врачей диагностическая категория. До публикации в 1980 г. в США классификации DSM-III паническое и генерализованное тревожное расстройство рассматривали как единое заболевание, называемое «неврозом тревоги».

S. Freud в конце XIX в. описывал тревожные атаки, в которых тревога возникала внезапно, не была спровоцирована какими-либо идеями и сопровождалась нарушениями дыхания, сердечной деятельности и других телесных функций. Подобные состояния описывались им в рамках «невроза тревоги» или «невроза беспокойства». В дальнейшем панические расстройства рассматривались (обычно при неврозах) в качестве «вегетативных кризов» (чаще симпатикотонических, реже — смешанных, и редко — вазоинсулярных), в структуру которых включались состояния тревоги и страха. Отмечалось, что при повторении криза к нему присоединяются агорафобия, кардиофобия, инсультофобия. При этом утверждалась «первичность» вегетативных нарушений и беспредметной «протопатической» тревоги и «вторичность» по отношению к последним фобий. Панические расстройства часто расценивались как «вегетативные», «вегето-диэнцефальные кризы», «вегетативно-сосудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония». Их лечили ВОП, неврологи и кардиологи.

С точки зрения психиатра, ядром и сутью вегетативных кризов являются эмоционально-аффективные расстройства, а «панические атаки» при этом расцениваются как одно из проявлений широкого круга психических заболеваний, преимущественно невротического характера.

Понятие «паника» было предложено вначале как разновидность тревоги, характеризующейся внезапным началом и высокой интенсивностью. В современной американской классификации DSM-IV паническое расстройство включено в класс «Тревожные расстройства» и подразделяется на две самостоятельные рубрики: «Паническое расстройство без агорафобии» и «Паническое расстройство с агорафобией». Вслед за DSM-IV в МКБ-10 панические расстройства также были включены в рубрику «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Панические расстройства вошли в класс «Другие тревожные расстройства», а «Агорафобия с паническим расстройством» — в «Тревожно-фобические расстройства».

Отечественные исследователи справедливо оценивают симптомокомплекс панического расстройства как нозологически неспецифический, который может наблюдаться не только при неврозах, но и при аффективных расстройствах (депрессиях), шизофрении. Паническое расстройство является крайне распространенным, склонным к хронизации заболеванием, манифестирующим в молодом,

социально активном возрасте. Распространенность его, по данным эпидемиологических исследований, составляет 1,9–3,6%. В 2–3 раза чаще оно наблюдается у женщин в возрасте 20–30 лет.

Клиническая картина панических атак

Приступ характеризуется вегетативными и психическими проявлениями, к которым относятся аффективные расстройства, фобии, деперсонализационно-дереализационные нарушения, истеро-конверсионная симптоматика и сенестопатии.

Вегетативные расстройства представлены картиной симпатикотонического криза, реже смешанного или вагоинсулярного. Наиболее частыми и постоянными при панической атаке являются ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Большинство панических атак сопровождаются сердцебиением, перебоями и болями в области сердца, подъемом АД, цифры которого могут быть значительными. По мере развития заболевания АД снижается параллельно дезактуализации страха, что может служить надежным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике гипертонической болезни с кризовым течением и паническими атаками.

Наиболее выраженными в дыхательной системе являются затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты говорят, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие затруднения дыхания.

Реже при панических атаках наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии. Как правило, в момент криза наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп. В завершающей стадии приступа наблюдается полиурия (чаще) или жидкий стул. Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективной регистрацией вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Психические составляющие панических атак включают в себя в первую очередь **эмоционально окрашенные фобии** (страх смерти, страх сердечной катастрофы, инфаркта, инсульта, падения, «утраты контроля» или страх сумасшествия). Возможны также **дисфорические проявления** (раздражительность, обида, агрессия), а также **депрессивные — с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе. Наблюдаются панические атаки, при которых отчетливых эмоциональных нарушений выявить не удается. В последнее время особый интерес вызывают панические атаки без страха**. Названия этих приступов имеют много синонимов: «паника без паники», «соматически проявляющаяся паника», «алекситимическая паника», «маскированная тревога». Подобные состояния часто наблюдаются у больных, обращающихся к ВОП, кардиологам и неврологам, и крайне редко встречаются среди больных психиатрической практики.

Истеро-конверсионные (функционально-неврологические) расстройства при приступах представлены чаще всего:

- «чувством кома в горле», афонией, амаврозом, мутизмом, онемением или слабостью в конечностях;
- отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук;
- дереализационные и деперсонализационные расстройства — «дурнота» в голове, «сноподобное состояние», чувство «отдаленности и отделенности» окружающего («невротическая» или «истерическая» деперсонализация).

Однако, по мнению отечественных психиатров, массивные дереализационные и деперсонализационные феномены в структуре панических атак, а также страх потерять свое Я (лиссофобия, маниофобия), относящиеся к так называемой «острой деперсонализации», так же как и сенестопатии, по своим характеристикам приближаются к симптомам, в большей степени свойственным «большой психиатрии», чем неврозам. Они требуют дополнительного внимания в плане эндогенной депрессии или шизофрении.

Клиническая картина панических атак может существенно различаться, в связи с этим выделяют следующие их разновидности:

1. По представленности симптомов: большие (развернутые) панические атаки и малые (симптоматически бедные). Большие при-

ступы возникают реже, чем малые (1 раз в месяц; неделю), а малые приступы могут возникать до нескольких раз в сутки.

2. По выраженности тех или иных составляющих:
   - «вегетативные» (типичные) — с преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированностью фобий;
   - «гипервентиляционные» — с ведущими гипервентиляционными нарушениями, усиленным дыханием, рефлекторным апноэ, парестезиями, болями в мышцах, связанными с респираторным алкалозом;
   - «фобические» — с преобладанием фобий в структуре панических атак над вегетативной симптоматикой. Возникают при присоединении страха в ситуациях, потенциально опасных, по мнению больного, для возникновения приступов;
   - «конверсионные» — с доминированием истеро-конверсионной симптоматики, нередко с сенестопатическими расстройствами. Для них характерна незначительная выраженность или отсутствие страха и тревоги;
   - «сенестопатические» — с высокой представленностью сенестопатий;
   - «аффективные» — с выраженными депрессивными или дисфорическими расстройствами;
   - «деперсонализационно-дереализационные».

Панические атаки обычно возникают на фоне:

- психогении — кульминация конфликта, острые стрессовые воздействия;
- биологических факторов — гормональная перестройка, начало половой жизни, аборты, прием гормональных средств;
- физиогенных факторов — алкогольные эксцессы, первый прием наркотиков, инсоляция, физическая нагрузка.

Панические атаки, однако, могут возникать и аутохтонно при отсутствии предшествовавшего эмоционального и физического напряжения, на фоне повседневной деятельности больного.

Симптомы панических атак возникают неожиданно, приступ развивается быстро, достигая своего пика за 10 мин. Обычная длитель-

ность панической атаки 20–30 мин, реже — около часа. Бо́льшая длительность приступа заставляет усомниться в правильности квалификации расстройства. В отличие от многих пароксизмальных состояний, для панической атаки не характерен продромальный период (аура). Послеприступный период характеризуется общей слабостью, разбитостью. Часть пациентов говорит об ощущении «облегчения» после завершения приступа. Наличие постприступной спутанности и постприступного сна делает диагноз панической атаки сомнительным. Частота приступа варьирует от ежедневных до одного в несколько месяцев. Обычно у больных возникают 2–4 приступа за неделю.

По мере прогрессирования для «классических» случаев характерна определенная динамика панического расстройства со следующими стадиями:

- симптоматически бедные приступы;
- развернутые панические атаки;
- ипохондрия;
- ограниченное фобическое избегание;
- обширное фобическое избегание;
- депрессия, которую зарубежные исследователи считают вторичной.

Заболевание может развиваться медленно в течение месяцев и лет, а может быстро — в течение дней или недель. Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого режима охранительного поведения, так называемого поведения избегания, или фобического поведения, которое распространяется на ситуацию прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии.

После возникновения заболевания пациенты, как правило, обращаются к ВОП, не получая адекватной терапии. В поле зрения психиатра и психотерапевта они попадают далеко не сразу. По данным литературы, эти больные составляют до 15% всех пациентов, обращающихся за помощью к кардиологу. Поэтому соответствующая подготовка ВОП по психиатрии и психотерапии представля-

ется особенно важной в плане ранней диагностики и лечения панического расстройства.

Дифференциальная диагностика панического расстройства со сходными состояниями в рамках соматических и неврологических заболеваний

Необходимо проводить дифференциальную диагностику панического расстройства со сходными состояниями в рамках соматических и неврологических заболеваний. **Гипертонический криз** имеет сходство с паническим приступом. Дифференциальный диагноз основан на наличии артериальной гипертензии до начала панических атак, закономерном повышении АД во всех приступах, появлении в кризах неврологической симптоматики. При исследовании больных выявляется гипертоническая ангиопатия сетчатки, гипертрофия левого желудочка. Следует отметить, что у больных гипертонической болезнью помимо кризов могут быть истинные панические атаки.

При необходимости исключения **кардиальных аритмий** чаще всего речь идет о пароксизмальной тахикардии, для которой характерно внезапное начало, провоцирование физическими факторами, интенсивность тахикардии, эффективность специальных антиаритмических средств. Для проведения дифференциальной диагностики используют ЭКГ-мониторирование.

Пролапс митрального клапана встречается у больных с паническим расстройством в 50–60% случаев, в то время как среди населения в целом — лишь в 5%. Столь высокая степень коморбидности не нашла еще отчетливого патогенетического объяснения. Основа, которая связывает пролапс митрального клапана и паническое расстройство, неизвестна. В связи с этим обнаружение пролапса митрального клапана не является основанием для отрицания диагноза панического расстройства и не является препятствием для терапии бензодиазепинами и антидепрессантами. Тем не менее при подозрении на пролапс митрального клапана (добавочный среднесистолический тон при аускультации сердца) следует провести ФКГ, ЭКГ, ЭхоКГ и анализы на тиреоидные гормоны (тиреотоксикоз часто сочетается с пролапсом митрального клапана).

У больных с **патологией щитовидной железы** (гипо- и гипертиреоз) нередко возникают симптомы, напоминающие панические атаки, в связи с чем необходимо исследование тиреоидной функции (содержание в плазме крови Т3, Т4 и ТТГ). Симпатоадреналовые кризы встречаются у 40% больных **феохромоцитомой**, поэтому при подозрении на данную патологию необходимо исследование катехоламинов в моче и проведение компьютерной томографии надпочечников. При подозрении на феохромоцитому следует воздержаться от назначения трициклических антидепрессантов, так как они подавляют обратный захват и метаболизм катехоламинов. Для **реактивной гипогликемии** характерно возникновение симптомов через 2–5 ч после еды. Они включают головную боль, заторможенность, слабость, тревогу, спутанность, возбуждение, потливость, тремор и ощущение голода. Диагноз гипогликемии устанавливается с помощью 5-часового теста толерантности к глюкозе.

В структуре неврологических заболеваний панические приступы чаще всего встречаются у больных с гипоталамическими расстройствами. **Нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции** обнаруживаются задолго до дебюта панического приступа. В анамнезе могут быть дисменорея, первичное бесплодие, галакторея, поликистоз яичников центрального генеза, выраженные колебания массы тела. Провоцирующими факторами наряду с гормональными перестройками (пубертат, климакс, беременность) часто являются стрессовые факторы.

Проявления панической атаки иногда сопровождаются значительными колебаниями массы тела: падение массы в течение 0,5–1 года после начала панической атаки и увеличение ее на фоне лечения психотропными средствами. У этих больных могут также отмечаться булимические приступы. Лечение психофармакологическими средствами затруднено из-за увеличения массы тела и вторичной галактореи. В анализе крови уровень пролактина повышен или нормален.

В структуру приступа **диэнцефальной и височной эпилепсии** (парциальный припадок) входят элементы панической атаки. Отличить приступ височной или диэнцефальной эпилепсии позволяет стереотипность проявлений припадка, его внезапность, кратковременность (1–2 мин), наличие ауры и типичных эпилептических феноменов (психомоторных и психосенсорных расстройств). Необхо-

дима оценка ЭЭГ во время припадка и в межприступный период. У больных височной эпилепсией помимо припадков могут отмечаться и настоящие панические атаки.

Стратегии в лечении панической атаки

В лечении панической атаки выделяют несколько стратегий:

1) купирование самой панической атаки;
2) предупреждение панической атаки;
3) предупреждение вторичных по отношению к атаке синдромов (агорафобии, депрессии, ипохондрии и т. д.).

Для купирования панической атаки используются **медикаментозные средства и психофизиологические приемы**. Наиболее эффективными препаратами являются бензодиазепины, из них предпочтительны препараты быстрого действия: диазепам, лоразепам. Используются среднетерапевтические дозы. Возможно как пероральное, так и внутривенное введение препарата. Купирование панической атаки достигается спустя несколько минут (15–30) после введения лекарства. Однако частое (ежедневное) использование этих препаратов ведет к развитию синдрома привыкания и в привычных дозировках они перестают действовать. В то же время нерегулярный прием бензодиазепинов («прием по требованию») и связанный с ним феномен отдачи могут способствовать учащению панической атаки.

К психофизиологическим приемам купирования пароксизма относятся:

- обучение релаксации;
- переход на диафрагмальное дыхание;
- «дыхание в мешок».

Стабилизирующая терапия, направленная на закрепление результатов (контроль панической атаки), восстановление уровня социальной адаптации, преодоление агорафобических проявлений (тревога ожидания, избегающее поведение) и предотвращение ранних рецидивов (4–6 мес), включает назначение препаратов, обладающих антипаническим эффектом, и проведение адекватной психотерапии.

В настоящее время выделяются следующие антипанические средства:

- трициклические антидепрессанты;
- селективные серотонинэргические препараты;
- атипичные (или высокопотенциальные) бензодиазепины.

Трициклические антидепрессанты — первый класс лекарственных средств, у которого был обнаружен выраженный антипанический эффект. К наиболее часто применяемым препаратам данного класса при паническом расстройстве относятся: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин. Трициклические антидепрессанты являются препаратами выбора в случаях сопутствующих депрессивных расстройств и выраженной агорафобии. Лечение трициклическими антидепрессантами начинают с малых доз (12,5–25 мг/сутки), в дальнейшем дозы постепенно повышают до переносимого уровня (в среднем на 12,5–25 мг в течение 3–5 дней). Средняя эффективная суточная доза обычно составляет 150–200 мг/сутки, реже достигает 300 мг.

Крайне негативным свойством трициклических антидепрессантов является отставленность во времени их антипанической эффективности — первое улучшение наступает через 2–3 недели. Иногда в первые недели лечения наблюдается обострение симптоматики.

Другим важным препятствием к назначению и длительному применению трициклических антидепрессантов является широкий спектр побочных эффектов (сухость во рту, увеличение веса, запоры, сердцебиения, ощущение внутренней дрожи). При возникновении побочных эффектов необходимо убедить пациента в возможности коррекции появившихся жалоб, используя для этих целей β-блокаторы, бензодиазепины. Симптомы отмены также описаны для трициклических антидепрессантов, но не являются большой проблемой для пациентов с паническим расстройством.

Другим классом антидепрессантов, широко применяемым при лечении панического расстройства, являются **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина**: флюоксетин (прозак, портал, продеп), флювоксамин (феварин, флоксифрал, лювокс), сертралин (золофт), пароксетин (паксил), циталопрам (ципрамил). Основным недостатком этой группы является возникновение в течение первых 2–3 недель лечения гиперстимуляции (раздражительность, бессонница, нервозность) и усиление тревоги и панической симптоматики. Начальные дозы обычно минимальны (5 мг флюоксетина, 50 мг флю-

воксамина, 25 мг сертралина) и в течение двух недель доза доводится до средней, а далее, при необходимости, повышается или остается прежней. В последующем, даже при длительной терапии, доза не меняется. Для длительного (поддерживающего) лечения эти препараты значительно удобнее, чем трициклические антидепрессанты, в связи с отсутствием холинолитического и адренэргического действия и возможным однократным приемом в течение суток (Быстрицкий А. С., Незнанов Н. Г., Звартау Э. Э., 2006).

Высокопотенциальные бензодиазепины — альпразолам, клоназепам — помимо контроля панической атаки также проявляют высокую эффективность в отношении тревоги ожидания. Однако в купировании агорафобических расстройств эти препараты менее эффективны, чем трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Влияние на депрессивные расстройства у высокопотенциальных бензодиазепинов также менее выражено. Бесспорным достоинством их является быстрое наступление эффекта. Контроль панической атаки достигается спустя несколько дней, в то время как антидепрессанты проявляют свою эффективность спустя несколько недель. Обычно уже к концу первой недели лечения становится ясна целесообразность дальнейшего приема медикамента.

Отсутствие у высокопотенциальных бензодиазепинов характерного для трициклических антидепрессантов ухудшения состояния на начальном этапе терапии — также одно из значительных преимуществ этого класса препаратов. Наиболее существенной проблемой в использовании высокопотенциальных бензодиазепинов является развитие привыкания и зависимости, что делает невозможным длительное их применение и требует отмены через 4–6 недель.

Широкое применение лекарственных средств, обладающих антипанической эффективностью, способствовало увеличению межприступного периода, что, в свою очередь, сделало возможным проведение адекватной психотерапии. Психотерапевтическое лечение обычно начинает применяться на этапе стабилизирующей (долечивающей) психофармакотерапии и продолжается еще некоторое время после прекращения приема лекарств, во многом облегчая процесс их отмены.

В настоящее время наиболее распространенной при паническом расстройстве является **поведенческая и реже — когнитивная психотерапия**. Они позволяют уменьшить уровень тревоги в фобических ситуациях и редуцировать страх ожидания приступа. Когнитивная психотерапия направлена на коррекцию зафиксировавшихся ошибочных представлений больных, в соответствии с которыми на не угрожающие жизни соматические ощущения они дают гиперболизированные реакции.

Ведущими методами поведенческой терапии являются:

- систематическая десенсибилизация;
- имплозивная терапия;
- тренинг самоутверждения.

Первый из этих методов основан на реципрокном подавлении: страх может быть подавлен, если заменяется активностью, которая антагонистична страху. При систематической десенсибилизации негативное поведение (например, тревога, напряжение) замещается позитивно окрашенной реакцией (например, релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др.). В процессе лечения больной постепенно, систематически сталкивается с ситуациями, вызывающими страх, одновременно выполняя адаптивное поведение, которое несовместимо с тревогой. Пациент обучается реагировать на эти ситуации другим поведением, а не только тревогой, страхом. В результате он становится десенсибилизированным по отношению к ним. Для этого пациент и психотерапевт составляют шкалу ситуаций, связанных с возникновением симптоматики, ранжируя их по возрастающей от наименее до наиболее тягостных. Применяя приемы прогрессивной мышечной релаксации, больной учиться расслабляться, воображая все более тягостные сцены. Затем сеансы переносятся из кабинета в обстановку реальной жизни, в ситуации, вызывающие тревогу.

Если при систематической десенсибилизации столкновение с ситуацией, вызывающей страх, происходит постепенно, то в имплозивных методиках подчеркивается ценность быстрого столкновения, переживания сильной эмоции страха. При этом пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и убедиться

при этом в отсутствии возможных негативных последствий (например, смерти от сердечного заболевания у больного с кардиофобическим синдромом или падения в обморок у больного с агорафобическим синдромом). При имплозивных методиках замещающее страх поведение (например, мышечная релаксация) не используется, поэтому пациент не нуждается в освоении методики прогрессивной мышечной релаксации.

Несмотря на то что поведенческие методы психотерапии считаются в настоящее время наиболее эффективными при лечении панического расстройства, необходимо учитывать, что, положительно влияя на симптоматику заболевания, они могут оставить незатронутыми невротические структуры, сформированные в течение жизни. Это, в свою очередь, может положить конец начальным успехам лечения и привести к появлению новых симптомов или к возобновлению старых. Таким образом, видна необходимость изучения эффективности других видов психотерапии и применения их для лечения панического расстройства.

В частности, подтвердили свою эффективность недавно разработанные и апробированные методики:

- кратковременная когнитивно-поведенческая терапия паники;
- недирективная поддерживающая терапия;
- интерперсональная психотерапия (индивидуальный и групповой варианты).

Кратковременные методы психотерапии экономичны и могут осуществляться в поликлинических условиях ВОП. Вмешательство по поводу панического расстройства в условиях первичного звена медицинской помощи приводит к значительно лучшим исходам, чем обычная помощь.

Нарушения пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия

В последние 30–40 лет резко возросла распространенность нарушений пищевого поведения. Образ современной женщины, насаждаемый рекламой со страниц журналов и экранов телевизоров, выну-

ждает их придавать первоочередное значение своему внешнему виду. Изменившееся положение женщины в обществе, многократное увеличение конфликтности социальных ролей, между которыми балансирует женщина, привело к увеличению распространенности нарушений пищевого поведения. Кросскультурные исследования свидетельствуют об увеличении различий в установках между западной и незападной культурами в отношении образа тела. Распространенность нарушений пищевого поведения на индустриальном Западе много выше, чем в странах третьего мира.

По данным эпидемиологических исследований, в большинстве экономически развитых стран мира прослеживается отчетливая тенденция к увеличению числа больных с нарушением пищевого поведения, сопровождающегося тяжелыми соматоэндокринными расстройствами и вызывающего стойкую психосоциальную дезадаптацию (Крылов В. И., 1992). Избыточную массу тела и нарушение пищевого поведения можно рассматривать как взаимоотношения внутри единства, отражающие взаимосвязь соматических и психических составляющих в решении единой проблемы — проблемы пищевой аддикции.

Нервная анорексия

Синдром нервной анорексии встречается при различных заболеваниях, но всегда в клиническом видоизменении, и в случае развития психической патологии возникает не просто нервная анорексия, а нервная анорексия невротической, пограничной, шизофренической, органической природы и т. д.

Нервная (психическая) анорексия (anorexia nervosa, anorexia mentalis) — заболевание, впервые описанное под названием «нервная чахотка» Мортоном в 1689 г., однако более систематическое изучение клиники этого синдрома было положено работами W. Gull (1868) и E. Ch. Lasegue (1873). W. Gull принадлежит и название болезни. Основным симптомом нервной анорексии является сознательный отказ от еды, иногда в мучительной борьбе с чувством голода, что приводит больных к значительному исхуданию, а в особо выраженных случаях — кахексии. Такую анорексию называют дисморфофобической, так как причиной ее является болезненная убежденность в излишней полноте. М. В. Коркина и соавт. (1986) считают, что у большинства больных, страдающих неврозами и психопатиями, речь идет не столь-

ко о дисморфофобии, т. е. навязчивых мыслях о дефекте, сколько о болезненно переоцениваемом недостатке — о дисморфомании.

Соматические жалобы при этом заболевании часто служат первичным поводом обращения к ВОП, к эндокринологу. В дифференциально-диагностическом плане заслуживает упоминания, что страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями пациенты, как правило, испытывают чувство общей слабости, легко астенизируются, избегают движений. Больные нервной анорексией, напротив, проявляют двигательную активность, их не удержать в постели, каждую секунду они стараются использовать для успешных занятий в школе, других учебных заведениях, стремятся к хорошим показателям на работе.

В последние десятилетия (Брюхин А. Е. и др., 2007) наблюдается заметный патоморфоз нарушений пищевого поведения, прежде всего характеризующийся возникновением его клинических проявлений в более молодом возрасте (детском, препубертатном, раннепубертатном либо в период пременопаузы), учащением булимической симптоматики в динамике болезни, ростом заболеваемости нервной анорексией и нервной булимией мужчин. Наиболее типичным возрастом начала заболевания во второй половине XX в. было принято считать 12–14, по некоторым данным — 15–18 лет, в то время как сейчас нередки случаи обращения 11-, 10- и даже 9-летних пациентов.

Появление в обществе новых либо не получавших ранее широкого распространения в мужской популяции профессий манекенщиков, фотомоделей, танцоров, стриптизеров обусловило рост заболеваемости, связанной с нарушением приема пищи у мужчин. Если в 60-е гг. прошлого века нервная анорексия у мужчин рассматривалась как казуистика, а в 80-е — соотношение мужчин и женщин с анорексической симптоматикой составляло 1 : 15, то в настоящее время речь идет о соотношении 1 : 9.

Некоторые авторы указывают на «повзросление» нервной анорексии: начало ее в ряде случаев отмечается после 20 лет (до 30–35 лет).

Нервной анорексии посвящено большое число публикаций, число которых, особенно за рубежом, постоянно растет. В отечественной литературе это прежде всего фундаментальная монография М. В. Коркиной и соавт. (1986) «Нервная анорексия», в которой приводятся результаты многостороннего клинико-катамнестиче-

ского, психологического и биологического обследования более 500 больных с синдромом нервной анорексии (катамнез до 25 лет).

Синдром нервной анорексии встречается при широком круге нервно-психических заболеваний: неврозах, психопатиях, органической патологии головного мозга, шизофрении, депрессии и др. Большие трудности могут возникать при дифференциальной диагностике синдрома как при указанных заболеваниях, так и при целом ряде соматических и эндокринных болезней. Многие авторы единодушно отмечают увеличение числа больных нервной анорексией. «Аноректический взрыв в популяции» объясняется изменением роли женщины в обществе, упрочением определенных эстетических стандартов, влиянием средств массовой информации, пропагандирующих похудание и определенные диеты, и др. Изучение синдрома нервной анорексии может быть использовано для раскрытия роли биологических, психологических и социальных факторов в патологии в соответствии с тенденцией перехода от нозоцентрической к антропо- и социоцентрическим моделям в современной медицине.

Заболевание у большинства пациентов развивается постепенно. Анорексия формируется, как правило, на фоне длительного нервно-психического перенапряжения, связанного с учебой, сдачей экзаменов, подготовкой к поступлению в вуз и т. д. Важно отметить, что сами больные редко обращаются за медицинской помощью, а идут к ВОП только после длительных и настойчивых уговоров родственников или знакомых. Для всех этих больных характерна тенденция к достижению высших социальных стандартов. Их поступки всегда находятся в строгом соответствии с нормами и правилами, суждения отличаются инфантилизмом. Они крайне чувствительны к мнению окружающих об их моральном облике, их характеризует утрированное стремление к совершенству, бескомпромиссность, пунктуальность, аккуратность. У большинства больных отсутствует свойственная их возрасту непосредственность, живость, подвижность, а у женщин — кокетство.

Парадоксальным нередко выглядит тот факт, что на фоне крайне тяжелого физического состояния больные относятся к этому безразлично. Главным в их переживаниях становится не лечение или укрепление здоровья, а стремление продолжать учебу, обязательно поступить в вуз, получить высшее образование. Это носит характер

доминирующей идеи. Попытка указать больным на угрожающее состояние их здоровья с целью изменить их отношение к продолжению учебы встречает явное или скрытое сопротивление, негативизм и раздражение.

Наблюдающаяся в клинике неврозов нервная анорексия в наибольшей мере соответствует понятию «истерической анорексии». Если в одних случаях стремление к похуданию, особенно в начале заболевания, тщательно маскируется, то в других (при выраженной истерии), напротив, оно приобретает демонстративный характер. Придавая особое значение оценке окружающими своей внешности, больные предпринимают различные меры, чтобы выглядеть худыми. С этой целью подбирают специальные фасоны одежды, носят широкие пояса, стягивающие талию, и т. д. Опасаясь чрезмерной прибавки в массе тела, используют слабительные, клизмы, рвотные средства, чрезмерные физические нагрузки. Указывается на взаимосвязь между степенью ощущения голода и моторной активностью больных нервной анорексией; подчеркивается их чрезмерная подвижность, присущее им субъективное ощущение отсутствия чувства усталости, постоянное стремление к движениям — от изнурительных занятий спортом до бесцельной моторной деятельности.

Стремление к похуданию и ограничению себя в пище даже при крайне незначительной или фактически отсутствующей полноте часто служит проявлением установки максимально соответствовать современным стандартам красоты и моды.

Идеи о необходимости похудания или представления о косметической неполноценности у больных клиники неврозов могут носить характер доминирующих, навязчивых и сверхценных. В последнем случае, естественно, необходима дифференциальная диагностика с психопатиями и инициальными стадиями шизофрении.

Ряд авторов подчеркивают ошибочность самого названия синдрома «нервная анорексия». Анорексия у таких больных — не исходный пункт, а цель, достигаемая добровольным и тягостным ограничением питания. Болезнь начинается раньше анорексии, она может проявляться невротическими реакциями, если анорексические попытки не приводят к успеху. Поэтому предлагается определять синдром нервной анорексии как интенционную (преднамеренную) анорексию.

В развитии нервной анорексии у больных с пограничными состояниями выделяют несколько этапов.

1. Первый, или инициальный, этап характеризуется возникновением ситуационно обусловленных попыток «коррекции внешности», которые носят, однако, эпизодический характер. Этот этап может продолжаться до 2–3 лет.
2. Второй этап болезни — период активной коррекции «излишней полноты» (или анорексический этап). В стремлении к похуданию больные начинают отказываться от еды, прибегают к интенсивным физическим нагрузкам, вызывают рвоту после каждого приема пищи, принимают слабительные средства. Уже на этом этапе по мере похудания появляются соматоэндокринные сдвиги.
3. Третий этап — кахексический; для него типично резкое увеличение соматоэндокринных нарушений. Появляется аменорея, кожа становится сухой, по всему телу появляются пушковые волосы.
4. На четвертом этапе — этапе редукции нервной анорексии — по мере нарастания массы тела и улучшения соматического состояния у больных могут вновь обостряться дисморфоманические переживания — и они снова начинают ограничивать себя в приеме пищи.

Для каждого этапа характерны определенные психопатологические проявления:

- на первом этапе — это сверхценность идеи полноты, нерезко выраженные аффективные расстройства и идеи отношения;
- на втором — раздражительность, вспыльчивость, склонность к истерическим реакциям;
- на третьем — астения с явлениями раздражительной слабости, при нарастании которой появляются деперсонализационно-дереализационные расстройства;
- на четвертом этапе по мере уменьшения соматогенной астении вновь может усиливаться симптоматика второго этапа.

В случае выделения нервной анорексии в качестве самостоятельной формы не исключается рассмотрение синдрома нервной анорексии в структуре неврозов и других психических заболеваний. Даже выраженные соматоэндокринные нарушения у больных с нервной

анорексией при значительном похудании чаще имеют обратимый характер.

В МКБ-10 диагностика нервной анорексии основывается на следующих признаках:

1) вес тела сохраняется на уровне как минимум 15% ниже ожидаемого или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже;
2) потеря веса достигается за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих — вызывание рвоты, прием слабительных, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и диуретиков;
3) искажение образа тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой или сверхценной идеи;
4) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус—гипофиз—половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин — потерей полового влечения и потенции;
5) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются.

В плане дифференциальной диагностики нужно иметь в виду больных со стертым течением болезни Симмондса и невыраженными формами болезни Аддисона. В связи со склонностью больных к диссимуляции и нередко значительными соматоэндокринными нарушениями диагностические ошибки встречаются здесь довольно часто. При болезни Симмондса (гипофизарная кахексия) отмечаются замедление речи, апатия, кахексия, аменорея, снижение выделения половых гормонов и гормонов коркового слоя надпочечников, снижение основного обмена.

На инициальных этапах шизофренического процесса клинические проявления нервной анорексии могут мало отличаться от таковых при пограничных состояниях. Динамика синдрома нервной анорексии при шизофрении характеризуется тем, что сознательный отказ от еды с целью похудания заменяется особыми формами нелепого, вычурного «пищевого поведения» (в частности, «рвотного поведения»), которое в дальнейшем почти полностью «отрывает-

ся» от дисморфоманических переживаний. Последние приобретают политематический характер, наблюдаются транзиторные «вкрапления» в основную структуру синдрома «инорегистральной» симптоматики (неглубокие расстройства мышления, диссоциация между желанием исправить недостатки и неряшливостью, неопрятностью, нередкой оказывается связь синдрома нервной анорексии с деперсонализационными и сенестопатическими расстройствами). В трудных случаях дифференциальной диагностики нервной анорексии в рамках шизофрении и пограничных нервно-психических расстройств важное значение придается катамнезу. Вместе с тем у ряда больных, несмотря на длительный катамнез, окончательная диагностика представляет большие трудности ввиду недостаточной выраженности свойственных шизофрении изменений личности. Эти трудности возникают чаще в случаях преобладания у больных с преморбиде истерических черт характера, которые значительно усиливаются по мере течения заболевания и могут занимать ведущее место в его клинической картине.

При дифференциальной диагностике синдрома нервной анорексии в клинике неврозов необходимо иметь в виду также нервную анорексию как проявление эндогенной депрессии, прежде всего при скрытых, маскированных ее формах.

Нервная булимия

В последнее время увеличивается число работ, посвященных нервной булимии. В многочисленных исследованиях рассматривается вопрос о связи между нервной анорексией и нервной булимией. М. В. Коркина и соавт. (1993) отстаивают мнение, что нервная булимия является одним из вариантов анорексического поведения. Стремительный рост заболеваемости нервной анорексией в последние годы сочетается со значительным патоморфозом этой патологии. Изменение клинической картины болезни касается прежде всего повышения частоты булимических расстройств (Коркина М. В. и др., 1991). При этом указанная патология обозначается как «синдром пищевого хаоса», «синдром ненормального контроля за нормальным весом», «особый вариант пищевого поведения» и др. Однако большинство авторов считают булимию одним из типов анорексического поведения. Так, по мнению G. F. Russel (1985),

нервная булимия является злокачественным вариантом нервной анорексии. При анализе динамики нервной анорексии был выявлен факт появления у больных на определенном этапе болезни трудно преодолимого чувства голода с возможностью переедания в связи с ненасыщением. В дальнейшем употребление большого количества пищи сопровождалось тревогой и стремлением избавиться от съеденного в связи со страхом поправиться и появлением тяжести в желудке.

Обращает на себя внимание тот факт, что нервная анорексия и нервная булимия имеют «общий психопатологический стержень — дисморфоманические идеи» (Коркина М. В. и др., 1993). Весомым аргументом сторонников данной точки зрения является возможность взаимной трансформации нервной анорексии и нервной булимии.

Сторонники противоположной точки зрения отстаивают мнение о синдромологической самостоятельности нервной булимии, подчеркивая отсутствие у большинства больных нервной булимией облигатных для нервной анорексии вторичных соматоэндокринных симптомов: кахексии и аменореи (Hsu L. K., 1990; Vanderycken W., 1994).

М. В. Коркина и соавт. (1991) предложили классификацию булимических расстройств при нервной анорексии:

1. Булимия как симптом нервной анорексии.
2. Булимия как этап нервной анорексии.
3. Булимический вариант нервной анорексии.

Булимия как симптом болезни ограничивается пищевыми расстройствами в виде приступов непреодолимого чувства голода на фоне значительного ограничения в еде, однако страх поправиться удерживает больных от избыточного приема пищи. На этом фоне возникают навязчивые мысли о еде, опасения появления чувства голода, а также неуверенность в возможности отказаться от еды. В случае переедания возникают тягостные ощущения в желудке, иногда тошнота и рвота. Несмотря на тягостные вегетативные проявления при подобном состоянии, в дальнейшем больные допускают возможность прибегать к искусственно вызываемым рвотам в период очередного приступа булимии. Таким образом, булимия как симптом является одним из наиболее важных критериев утяжеления болезни, ограничивается пароксизмальными подъемами аппетита, обсессивно-фобической симптоматикой и аффективной патологией.

При булимическом этапе нервной анорексии центральное место в проявлении болезни занимает патология пищевого поведения, в основе которой лежит непреодолимый голод с отсутствием чувства насыщения. Ранний период булимического этапа характеризуется расстройствами, типичными для булимии как симптома. Будучи не в состоянии бороться с чувством голода, больные в дальнейшем начинают переедать, употребляя при этом большое количество пищи, иногда мало съедобной. Перееданию, как правило, предшествует чувство тревоги, беспокойства, вплоть до агрессивных тенденций при наличии препятствия к утолению чувства голода. Само переедание сопровождается кратковременной эйфорией, а также отчетливыми вегетативными реакциями. Вместе с тем страх прибавки в весе вынуждает больных систематически освобождаться от съеденного с помощью искусственной рвоты или слабительных. У ряда больных рвота не сопровождается тягостными вегетативными реакциями, вызывается легко, лишь наклоном туловища, напряжением мышц живота. После рвоты наступает состояние эйфории, которое сменяется в дальнейшем угнетенностью и самобичеванием. Масса тела таких больных может быть и небольшой, но по мере нарастания количества съедаемой пищи масса тела оказывается в пределах нормы или выше ее. В ряде случаев приступы булимии не сопровождаются вызываемой рвотой, и вслед за кратковременным периодом эйфории наступает депрессивное состояние с тревогой, вплоть до ажитации и суицидальных намерений, а также агрессивных тенденций по отношению к близким (особенно на высоте аффекта). Приступы булимии развиваются на фоне усиления депрессии, а усиление булимической симптоматики сопровождается нарастанием депрессивных расстройств. Получается своего рода порочный круг. Значительная роль в структуре болезни на булимическом этапе принадлежит характерологическим сдвигам, в процессе заболевания происходит как заострение преморбидных характерологических особенностей, так и формирование ранее не свойственных больному черт. При этом наблюдается сочетание выраженной эксплозивности с тревожно-мнительными чертами.

Особенностью булимического варианта нервной анорексии является очень короткий этап коррекции внешности с помощью ограничения в еде (от нескольких недель до 6 месяцев) с быстрым формированием булимической симптоматики и патологических форм пищевого поведения, которые в дальнейшем определяют клиническую картину

болезни. Период ограничения в еде из-за малой длительности может оставаться невыявленным. Этап собственно ограничения в еде является обязательным, но отказ от еды тяжело переносится больными. Особенностью булимии у этих больных является интенсивность приступов голода с компульсивным стремлением к насыщению. Преморбидно это могут быть лица с истерическими чертами характера, с первичной соматоэндокринной недостаточностью в виде тенденции к избыточной массе тела и нерегулярного менструального цикла. Для них характерна высокая частота эндокринной патологии у родственников пациентов.

Трудности и расхождения в клинической оценке основных форм нарушений пищевого поведения сохраняются до настоящего времени (Крылов В. И., 1993). Выделяют две его основные формы: нервную анорексию и нервную булимию. Отсутствует единое мнение о феноменологической сущности синдромов нервной анорексии и нервной булимии, ставится под сомнение правомерность разграничения двух основных форм нарушений пищевого поведения.

Многие авторы считают целесообразным рассматривать нарушения пищевого поведения как широкий спектр проявлений в рамках континуума между нервной анорексией и нервной булимией. Как дополнительную категорию рассматривают расстройства по типу переедания (binge-eating disorders). В целом, нарушения пищевого поведения характеризуются выраженной озабоченностью массой и формами собственного тела, сопровождающейся чрезмерными попытками их контроля.

Формализованные критерии диагностики нервной булимии впервые были представлены в ДСМ-III, где нервная анорексия впервые была отграничена от нервной булимии и выделена в качестве самостоятельного расстройства.

В настоящее время диагностические критерии нервной булимии включают следующие характеристики:

1) повторяющиеся признаки переедания (быстрого поглощения большого количества пищи в дискретный период времени);
2) чувство потери контроля за поведением во время приступа;
3) для предотвращения прибавки в весе больные постоянно используют самоиндуцированные рвоты, слабительные или мочегонные,

жесткие диетические ограничения или голодание, физические нагрузки;

4) среднее количество приступов переедания — не менее двух в неделю в течение трех мес;
5) постоянная чрезмерная обеспокоенность формами и весом тела.

Прием пищи происходит по возможности так, чтобы никто не видел; пища проглатывается быстро, почти не разжеванной. Переедание обычно заканчивается чувством дискомфорта в желудке или произвольно вызванной рвотой. Всегда обнаруживаются большие опасения по поводу массы тела, которую больные настойчиво контролируют с помощью специальных диет либо вызывая рвоту.

J. Mitchell (1992) выделяет два варианта течения нервной булимии: «с очистительным поведением» и «без очистительного поведения». Больные первой группы для поддержания веса наряду с голоданием используют самоиндуцированные рвоты и прием фармакологических препаратов, а больные второй группы поддерживают вес только за счет жестких диетических ограничений. У больных нервной булимией с «очистительным поведением» наблюдаются более тяжелые дисморфоманические нарушения.

Развитие приступов булимии связано с пароксизмальным усилением аппетита и ослаблением чувства насыщения. Приступы булимии определяются как «потребление большого количества пищи за короткий период времени». При этом подчеркивается, что продолжительность эпизода переедания не должна превышать 2 ч.

Ослабление или утрата количественного контроля при приеме пищи — основной облигатный признак приступа булимии. Обычное количество пищи не вызывает чувства насыщения, больные продолжают есть до появления дискомфортных или болевых ощущений в желудке, позывов на рвоту.

Симптомы «быстрой» и «тайной еды» — факультативные признаки приступа булимии.

Лечение нарушений пищевого поведения

Лечение анорексии и булимии зависит в первую очередь от сомато-психического состояния и выраженности кахексии. Если потеря массы тела к моменту обследования достигает не менее 10–15% от ис-

ходной, то рекомендуется проводить лечение в отделении пограничных состояний или в условиях психиатрического стационара, так как в этом случае необходимо лишить больного свободного режима. Принципы лечения нервной анорексии и нервной булимии в основном совпадают.

Лечение проводят в несколько этапов.

Иногда на первом этапе стационарного лечения больных направляют в палаты интенсивной терапии для проведения парентерального вливания дезинтоксикационных препаратов, стимулирующих сердечно-сосудистых средств с введением гемодеза, реополиглюкина, витаминов, гормональных и других препаратов. В отдельных случаях проводят терапию инсулином — 2–4 ЕД внутривенно с 20–40 мл 40%-ного раствора глюкозы. При выраженном обезвоживании организма и большой потере массы тела глюкозу вводят подкожно в виде 5%-ного раствора. При использовании этого метода лечения через 30 мин — 1 ч после вливания больной должен съесть калорийный завтрак или обед. На первом этапе лечения больные получают дробное кормление до 8–10 раз в сутки.

На последующих этапах наряду с общеукрепляющей терапией используют различные психотропные препараты, применяемые при нервной анорексии в зависимости от особенностей психического и физического состояния больного, индивидуальной переносимости. На первых этапах назначают препараты с антидепрессивным действием: сертралин (золофт, асентра, стимулотон, торин) до 75–100 мг/сутки; флувоксамин (феварин) до 100–125 мг/сутки; пирлиндол (пиразидол, нормазидол) по 25–50 мг/сутки; сульпирид (эглонил, просульпин, бетамакс, эглек) до 200 мг/сутки и др. Не потеряли своего значения трициклические антидепрессанты (амитриптилин, анафранил, лудиомил) до 50–100 мг/сутки. При повышенной раздражительности, возбудимости, тревожности, расстройствах сна целесообразно использовать транквилизаторы (феназепам 0,5–2 мг/сутки), анксиолитики (атаракс 25–50 мг/сутки) и нормотимики (карбамазепин до 200 мг/сутки).

Стойкость анорексических проявлений наряду с выраженными депрессивными расстройствами, порой трудностями контакта с окружающими, отчетливым снижением продуктивности и целенаправленности в деятельности, диктует необходимость применения таких

препаратов, как лепонекс от 25 до 100 мг/сутки, галоперидол до 1,5–3 мг/сутки, рисперидон (рисполепт, сперидан) с 15 лет — до 6 мг/сутки (Незнанов Н. Г., Воронова Е. В., 2006).

Больные уже с первых дней пребывания в стационаре нуждаются в психотерапии, преимущественно рациональной, с внушением уверенности в своих силах, возможности выздоровления.

Модели психо– и соматотерапии при нарушениях пищевого поведения

Амбулаторное лечение может помочь лишь высокомотивированным подросткам с аскетической формой анорексии, давностью заболевания до 6 месяцев, имеющих родителей, готовых сотрудничать с ВОП. Как правило, больные и их родители некритичны к заболеванию, склонны к диссимуляции (сокрытию симптоматики), не признают психологической основы расстройства.

Методом выбора является длительное стационарное лечение, которое последовательно решает следующие задачи:

1. Заключение психотерапевтического контракта: об улучшении самочувствия, сна, настроения и отношений с окружающими; о достижении определенной массы тела с помощью контроля персонала клиники за поступлением и выведением пищи.
2. Соматически ориентированная терапия, направленная на тренинг пищевого поведения. Больной получает 2000–2500 калорий в сутки в виде жидкой пищи. Пища дается больному 3–6 раз в сутки и при необходимости вводится через зонд. Персонал присутствует во время приема пищи и 2–3 ч после еды во избежание рвоты.
3. Тренинг психомоторики для коррекции нарушения схемы тела и оперантное обусловливание с поощрением адекватного пищевого поведения (при очередном повышении веса на 100 г — еда в столовой, выход из отделения).
4. Индивидуальная и групповая когнитивная терапия: обсуждение письменного самонаблюдения больного с выявлением неосознаваемых когнитивных искажений.
5. Интенсивная динамическая терапия в диагностически гомогенной группе.

6. Семейная терапия или, при отказе от нее родителей, — проработка взаимоотношений с ними в других формах терапии.

Некоторые особенности имеет психотерапия при нервной булимии. Сверхценное желание снизить вес при отсутствии контроля над своим пищевым поведением заставляет пациентов сравнительно легко соглашаться на лечение. Оно включает амбулаторную индивидуальную и групповую когнитивно-поведенческую терапию, направленную на улучшение эмоционально-волевого самоконтроля, нормализацию пищевых привычек, отношение к еде и представление об идеальном образе тела. Важное значение придается при этом элементам раскрывающей терапии, фокусированным на теме питания. Рассматривается связь особенностей пищевого поведения пациента с его текущими конфликтами и ситуационно обусловленными колебаниями настроения. В ходе терапии анализируются механизмы неизбежных рецидивов. Терапия может считаться завершенной лишь после отреагирования нарциссических обид и заполнения экзистенциального вакуума.

Британским руководством также делается акцент на лечении нарушений пищевого поведения методами психотерапии, включая когнитивно-аналитическую и когнитивно-бихевиоральную терапию, интерперсональную психотерапию, фокальную психодинамическую терапию и семейные вмешательства. Подчеркивается необходимость долгосрочного лечения, особенно больных с булимическим поведением.

Хорошие результаты получены при использовании поведенческой терапии, направленной на купирование основных проявлений нервной анорексии и нервной булимии, редукцию нарушений пищевого поведения с приступами переедания, и компенсаторных «очистительных» мероприятий.

При выборе лечебных мероприятий направленное внимание следует обращать на психопатологическую квалификацию:

- дисморфоманических нарушений (навязчивые — сверхценные — бредовые идеи);
- приступов булимии (дистимический — обсессивный — компульсивный варианты);

- рвотного поведения (защитное, компенсаторное поведение, вомитомания);
- коморбидных психических расстройств (Воронова Е. В., Крылов В. И., 2005).

В заключение следует подчеркнуть, что как зарубежными, так и отечественными специалистами в настоящее время высказывается единодушное мнение о необходимости биопсихосоциального подхода к лечению нарушений пищевого поведения.

Психотерапия в клинике соматических болезней

Психотерапия при хронических соматических заболеваниях

В настоящее время объектом психотерапевтических воздействий становятся различные хронические соматические заболевания, прежде всего так называемые психосоматические расстройства, при которых сосуществуют психопатологические и соматические симптомокомплексы, находящиеся в различных соотношениях (Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф., 1988; Смулевич А. Б., 1999; Bräutigam W. et al., 1999; Luban-Plozza B. et al., 2000, и др.). Вместе с тем, как отмечает один из видных представителей психосоматической медицины B. Stokvis, «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление». Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, T. B. Karasu (1979) конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит:

- роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявлений;
- личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротивление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.);
- негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов.

Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудной задачей. Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, имеющая достаточно разработанную теоретическую

основу, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания больных. Для рядового врача-интерниста встреча с психосоматикой — лишь краткий эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирается в ней и не понимает связанных с ней выгод. Психотерапия, если ставить перед ней реалистические цели, оказывается несомненно полезной при различных соматических расстройствах.

Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует:

- уменьшению клинических проявлений заболевания;
- повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе;
- повышению эффективности лечебных воздействий биологического характера.

Поскольку наиболее распространенной в общемедицинской практике в настоящее время остается медицинская модель заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы: лекарственных, диетических, физических и др.

При лечении психосоматических заболеваний широко применяются технически несложные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, основанные на внушении и самовнушении. С положительными результатами используется когнитивно-поведенческая психотерапия. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных эмоциональных реакций и стереотипов неадаптивного поведения. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Существенным стимулом к эффективному использованию психотерапии в соматической клинике явилось развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии. Это связано с признанием важной роли в происхождении таких болезней психосоциальных факторов. Объектом психотерапии при этом, как и психотерапевтических воздействий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания:

- интрапсихический конфликт;
- механизмы психологической защиты;
- «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание;
- система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента.

Наибольший интерес в настоящее время представляют попытки применения психотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопросы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии. Психотерапия в групповой форме, помимо прочего, позволяет существенно экономить время работы, поскольку за стандартные 1,5 часа работы группы в ней принимает участие до 14 пациентов.

Обширная отечественная литература посвящена психотерапии при **гипертонической болезни**. При лечении таких больных с помощью гипнотерапии наряду с уменьшением невротических и неврозоподобных нарушений отмечалось снижение или даже нормализация артериального давления. Подчеркивается целесообразность длительного лечения. После массированного курса гипнотерапии (25–30 сеансов, проводимых через день) постепенно удлиняются интервалы между сеансами, они проводятся сначала через 2–3 дня, затем через 5, через 7, а потом и через 10 дней. Если зависимость эффективности гипнотерапии больных гипертонической болезнью от ее длительности выступает достаточно явно, то глубина гипнотического сна и продолжительность его имеют относительно меньшее значение. При лечении гипертонической болезни используется аутогенная тренировка, частота использования которой объясняется тем, что с помощью этого метода удается достичь быстрого парасимпатического эффекта. Применяется также метод биологической обратной связи и другие мето-

ды релаксации и психологического воздействия. Рассматривая цели и задачи психотерапии при гипертонической болезни, один из видных специалистов в этой области, A. Katzenstein (1979), отмечает, что психотерапия при этом не должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, что ее следует направлять также на изменение неправильных позиций в отношениях больного к разным сферам жизни, что содержанием психотерапевтической работы с больными должны быть психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, личностно- и социоцентрированную направленность.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с **ишемической болезнью сердца**, в том числе постинфарктных больных. Внезапность возникновения болезни и психологическая неподготовленность к ней вызывают панический страх у пациента. Каждый диагностический или терапевтический акт в отношении этих пациентов должен иметь психотерапевтическое опосредование. Информация о тяжести состояния должна учитывать личностные особенности больного и по возможности, быть исчерпывающей, чтобы предупредить неправильную или некомпетентную интерпретацию со стороны окружающих больного лиц (возможность ятрогенных воздействий). При ишемической болезни сердца, протекающей с приступами стенокардии, показана гипнотерапия, которую можно проводить и с группой пациентов. Курс лечения состоит из 10–20 сеансов, которые проводятся через день по 40 мин. Внушение строится не только в императивном тоне, но и в виде разъяснения и убеждения. Большое количество работ посвящено применению при ишемической болезни сердца, включая постинфарктный период, аутогенной тренировки. Создан ее вариант, наиболее адекватный для больных, перенесших инфаркт миокарда. Из традиционной методики аутогенной тренировки исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание», и такие условия ее проведения, как поза «кучера», положение лежа, сопровождавшиеся нежелательными явлениями. Были введены новые упражнения («легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.) и элементы (например, «открытые глаза»), изменена последовательность освоения приемов аутогенной тренировки. Для устранения **нарушений сердечного ритма** (нередко в виде пароксизмальной тахикардии — наиболее частого осложнения в постинфарктном периоде) используется саморегуля-

ция сердечного ритма с помощью методики биологической обратной связи. На поздних стадиях восстановительного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе больных, перенесших инфаркт миокарда, показана поддерживающая (суппортивная) индивидуальная и групповая психотерапия. Занятия проводятся в группах (по 12–14 пациентов), при формировании которых учитываются возраст и образование (группы по возможности однородные). Используются дискуссионные и другие формы психотерапии.

В настоящее время самостоятельное значение приобретает разработка системы **профилактики ишемической болезни сердца и вторичной профилактики инфаркта миокарда** путем преодоления стереотипов поведения и вредных привычек, на значение которых в происхождении этого заболевания указывается в многочисленных исследованиях. Это так называемые факторы риска: курение, избыточная масса тела, гиподинамия и др., для устранения и предупреждения которых используются методы психотерапии. Например, индивидуальные и групповые занятия, направленные на обучение мышечному расслаблению; упражнения на ритмичное дыхание; физические упражнения, способствующие мышечной релаксации, специальные занятия, на которых обсуждаются психологические причины избыточной массы тела, в частности роль эмоциональной напряженности и тревожности, и создается или подкрепляется мотивация для снижения избыточной массы тела.

Одним из заболеваний, относящихся к основной группе психосоматической патологии, является **бронхиальная астма**. При всей сложности ее патогенеза в значительной части случаев важное место в нем занимает нервно-психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др., т. е. наличие условно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Поэтому при бронхиальной астме, особенно с учетом ее терапевтической резистентности у ряда больных, показана психотерапия либо самостоятельно, либо в системе комплексного лечения.

Применение гипнотерапии у больных бронхиальной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к направлению больных на гипнотерапию:

1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать);
2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом;
3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания;
4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов.

Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий при бронхиальной астме способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их социального функционирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхиальной астмы. С этой целью применяются, помимо гипнотерапии и аутогенной тренировки, рациональная психотерапия (индивидуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия. В психотерапии больных бронхиальной астмой важное значение приобретает воздействие на вторичную психопатологическую симптоматику, обусловленную заболеванием.

Для больных бронхиальной астмой со стереотипным протеканием приступов удушья или с затрудненным дыханием, нередко обусловленными отрицательным воздействием на больного поведения членов семьи, существенное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет семейная психотерапия. Не сводя сложный многофакторно обусловленный этиопатогенез бронхиальной астмы к нарушению одних лишь внутрисемейных отношений, как это нередко представляется в психосоматической литературе, отечественные авторы (Куприянов С. Ю., 1983, и др.) справедливо отмечают, что семейная психотерапия создает условия для замены патологических психологических защитных механизмов на более зрелые и конструктивные и в этом плане выступает как важный элемент личностно-ориентированной психотерапии при бронхиальной астме.

На подобных принципах основано применение психотерапии при хронических **желудочно-кишечных заболеваниях**, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекают психологические аспекты **ревматоидного артрита** (Кремлева О. В., 2004), возможность использования и эффективность психотерапии при этом заболевании. Известно, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам. В психотерапии ревматоидного артрита применяются методы саморегуляции (биообратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнениями) и различные когнитивно-поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Решающее значение при включении в систему лечения соматических больных приобретает правильное соотношение личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов психосоматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, т. е. хронически, болен. Он должен быть готов к возможности ухудшения самочувствия, снижению работоспособности и смириться с фактом, что никогда не сможет делать многое, как раньше. Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного», в инвалида.

В противодействии хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче, однако, декларировать, чем соблюдать, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстройствами, как страх, апатия, депрессия и др.

К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна. Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью.

Согласно D. Kallinke (1982), больной должен стремиться к тому, чтобы:

- смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния;
- адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним;
- поддерживать свой собственный положительный образ;
- сохранять эмоциональное равновесие;
- поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если:

- больной получает и усваивает необходимую информацию о болезни;
- ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, родственников или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи);
- приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости;

- ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания, цели и пытается поэтапно их достигать.

При всей сложности ведения подобных пациентов врач должен внимательно замечать и поддерживать даже малейшие их попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для предпосылки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также для рациональной организации свободного времени.

Врач должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью.

Определенный положительный эффект может оказать знание особенностей проведения **психотерапии во второй половине жизни**, поскольку большинство хронических соматических заболеваний протекает именно в этот период. Это различные формы психотерапии (индивидуальная, семейная, групповая), учитывающие особенности пациентов старше 40 лет. Этот возрастной период, называемый в литературе второй половиной жизни и характеризующийся началом психического и физического старения, многие авторы рассматривают как кризисный. Вступление в этот период связано с повышенным риском заболеваний. Значительную часть функциональных психических расстройств, которыми впервые заболевают пожилые люди, составляют депрессивные состояния, реакции отказа, невротические нарушения.

К патогенетическим факторам наряду с биологическими предпосылками (большая подверженность болезням с хроническим течением, способствующим общему упадку психофизической активности, снижение физического тонуса, снижение обмена, дисбаланс биогенных аминов и др.) относят также социальные, социально-психологические и психологические факторы, такие как:

- неустойчивая работоспособность;
- нарушения в семейной жизни;
- страх перед ухудшением физического и душевного состояния;
- нежелание стареть;

- трудность психологической адаптации к изменению привычных условий и привычного окружения;
- повышающаяся потребность в достижении успеха (Тибилова А. У., 1988).

У людей этой возрастной группы часто возникают многочисленные физические и психические симптомы. Во время приема ВОП может наблюдать все оттенки их предъявления от обычного описания жалоб до ипохондрической фиксации. При диагностически-терапевтических действиях по отношению к больным особое внимание следует уделять пониманию психосоциальной ситуации пациентов этой возрастной группы. На способ переживания начала старения влияют индивидуальные психологические особенности пациента и его предшествующий жизненный путь, в связи с чем важно определить, какие невротические проявления вызваны собственно началом старения, а какие формировались уже ранее, на протяжении предшествующих десятилетий.

Но в то же время существует ряд характерных для этого периода жизни событий, способствующих возникновению психического напряжения, знание которых позволяет предупреждать психические расстройства и декомпенсации хронических соматических заболеваний. Среди этих событий важная роль принадлежит изменению профессиональной ситуации. Снижение работоспособности и адаптации к постоянно меняющимся требованиям и условиям, трудности в приобретении новых знаний и овладении стремительно поступающей новой научно-технической информацией приводят к снижению самооценки, особенно у лиц с нарушенной ранее самооценкой в процессе их личностного развития.

Компенсация нарушенной самооценки происходит либо путем целеустремленного решения профессиональных задач при чрезмерных энергетических затратах, либо возникновением симптомокомплекса, «оправдывающего» утрату пациентом прежней работоспособности. Нарушенная самооценка у пациентов в четвертом десятилетии жизни может поддерживаться позитивными переживаниями отдельных социальных успехов и взлетов, но параллельно создается нестабильность индивидуальной самооценки. Особенно это относится к тем, кто до середины жизни был весьма работоспо-

собен, активен, решал профессиональные задачи, требующие многообразных новых знаний и нестандартных подходов. Конфронтация таких пациентов со снижением работоспособности зачастую вызывает у них невротическую симптоматику, которая может расширяться до выраженного невротического состояния со страхом и депрессивной клинической картиной.

Наряду со снижением работоспособности у лиц этого возрастного периода отмечают формирование самообвинения в упущенных возможностях. Также указывается на утрату смысла жизни (жизненную фрустрацию, экзистенциальный вакуум, по V. E. Frankl (1990)). Снижение самооценки, нарастающая неуверенность проявляются не только в профессиональной, но и в домашней сфере. Часто степень своего старения человек оценивает, исходя из постоянного опыта общения с молодыми людьми, из межличностных реакций своего окружения. Опасения получить негативные оценки от окружающих в связи с потерей подвижности интеллекта, снижением концентрации внимания, сужением круга интересов, непониманием молодыми людьми проблем старения приводят к уменьшению социальных контактов. Компенсаторное социальное поведение, выражающееся в подчеркнутой авторитарности в присутствии лиц молодого возраста, чрезмерные ссылки на жизненный опыт — почти боязливо оберегаемое, по словам Ch. Kohler, богатство старости — заостряют порой только начинающийся конфликт с окружением.

В литературе, посвященной психотерапии второй половины жизни, подчеркивается значительное преобладание среди пациентов этого возраста лиц женского пола, причиной чего является более выраженная эмоциональность, психосексуальные особенности и др. Указывается, что формирование так называемых специфических женских личностных характеристик обусловлено не только биологическими причинами, но и социальными условиями. Социально-экономическая зависимость, неравенство с мужчиной в общественной и профессиональной сфере тормозят развитие зрелой личности. Инфантильность личностной структуры усложняет конструктивное разрешение конфликтных условий, возникающих у женщин в середине жизни. Выросшие дети, надоевшее однообразие домашних обязанностей, сужение сферы внесемейных интересов, снижение сексуальной привлекательности и оценки себя как «собственно женского существа» пере-

живаются женщиной как существование в вакууме и сопровождаются нарастанием чувства беззащитности, возникновением невротической симптоматики, депрессивными колебаниями настроения.

Психотерапевтическая работа с пациентами второй половины жизни осуществляется с учетом описанных особенностей. Уже на этапе сбора анамнестических данных следует избегать фиксации внимания пациента на необратимых психосоматических процессах, связанных с началом старения. Сообщения врача о старческих симптомах или проявлениях при недостаточных ссылках на сохранные силы пациента могут оказаться ятрогенными. Опрометчивые замечания, сделанные пациентке, вступившей в климактерический период, и указывающие на связь ее состояния с гормональными сдвигами, зачастую формируют у нее впечатление фатальной предопределенности и пассивное поведение и создают почву для дальнейшего роста невротической симптоматики. Наряду с анализом актуальных индивидуальных конфликтных ситуаций в задачи психотерапии входит также обсуждение переживаний, связанных с ожиданием грядущей старости. Считается важным формирование у пациента понимания возможности избежать «экзистенциальной неуверенности», которая могла у него сформироваться в течение раннего периода жизни рядом со стареющими родственниками и знакомыми. Следует ориентировать пациента на создание новых ценностных ориентаций, стимулировать интерес к выполнению различных социально-профессиональных задач, поддерживать его активное поведение.

Урегулированная, соответствующая образовательному уровню и актуальной работоспособности профессиональная деятельность принимает роль стабилизатора психического состояния пациентов этой возрастной группы. Профессиональная деятельность, включающая, как правило, коммуникативный фактор, противодействует также склонности пациентов сокращать социальные контакты.

Проблемы межличностного взаимодействия могут наиболее эффективно решаться в процессе групповой психотерапии. В терапевтической группе создается социальная ситуация, в которой пациенты этого возраста без ущерба для своей самооценки могут испытать готовность молодых к помощи. Взаимодействия в группе позволяют пациенту увидеть различные варианты проявления своей личности в межличностных взаимодействиях. Новый опыт помогает конструк-

тивно управлять межличностными отношениями, адекватными поставленным задачам способами. Групповые занятия, представляющие модельные ситуации жизни, показывают пациенту, что конфликт поколений, квалифицированный им прежде как фатальный, может быть разрешен. Принятие женщинами-пациентками, социальный опыт которых ограничивался привычными рамками домашних обязанностей, новых для них социальных ролей в процессе различных форм групповой психотерапии способствует повышению самооценки и самосознания. Для таких пациенток полезным может быть сочетание групповой и семейной психотерапии. Понимание обоими супругами с помощью врача связи проблематики пациентки с развитием невротической симптоматики в большинстве случаев помогает найти адекватные пути ее устранения.

Поскольку в данном разделе часто предлагалось обращаться к групповой психотерапии, то следует иметь в виду, что этот вид психотерапии может применяться не только в классическом варианте с более частыми сеансами и достаточно длительным курсом (что доступно прежде всего для специализированных психотерапевтических учреждений), но и в форме поддерживающих (суппортивных) занятий, вполне пригодных для амбулаторной психотерапии, осуществляемой ВОП. Суппортивная психотерапия проводится один раз в 7–14 дней. Ее длительность может быть индивидуальной для пациентов (от 5 до 20 занятий).

Суппортивную психотерапию часто описывают как особый вид поддерживающей психоаналитической психотерапии, хотя это понятие имеет более широкое значение — психотерапия различных направлений поддерживающего характера. В отличие от других видов психоаналитической терапии, которые ориентированы на изменения, суппортивная психотерапия стремится помочь пациенту восстановить его оптимальный уровень функционирования в прошлом, принимая во внимание все ограничения, связанные с заболеванием, способностями, биологическими данными и жизненными обстоятельствами (Ursano R. J. et al., 1991). Она предоставляет поддержку и помощь личности такой, какая она есть. В этом случае отсутствует глубокий анализ личностных проблем. Суппортивная психотерапия часто носит вспомогательный характер, содействуя другому, основному лечению.

Для суппортивной психотерапии важное значение имеет понимание пациентом истории своего развития и присущие ему психологические защиты. Только вооружившись необходимыми знаниями, психотерапевт может понять, где и каким образом изменить защитные механизмы больного, осознать, когда и каким образом работать с переносом. Укрепление хороших рабочих взаимоотношений с пациентом — это первоочередная задача. Постоянная, предсказуемая доступность психотерапевта составляет суть терапии и является новым опытом в жизни больного. В силу того что контакт создается не благодаря передаче пациентом своих чувств в каждый момент терапии или своего отношения к психотерапевту, как это происходит в долговременной (раскрывающей) психодинамической психотерапии, поведение психотерапевта здесь имеет более директивный характер. Рабочие отношения, доверие и чувство безопасности возникают из понимания психотерапевтом сложных чувств и переживаний пациента в ходе терапии.

Медикаментозное лечение может быть важным аспектом суппортивной психотерапии. Изучение отношения пациента к медикаментозному лечению может помочь в выполнении предписаний врача. Когда пациент осознает, что ему удалось разделить с кем-то свои проблемы, он чувствует себя в значительно большей безопасности.

В более широком контексте целью суппортивной психотерапии является смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования больных, повышение доверия к врачу, совершенствование социальной адаптации больных за счет улучшения познавательной дифференцированности, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения. Важными элементами в этом плане являются совет, эмоциональная стимуляция, разъяснение, убеждения, действия в социальном окружении, ролевой тренинг.

Психотерапия при хронических прогрессирующих неврологических заболеваниях

В обширной литературе по психотерапии указания на целесообразность применения психотерапевтических методов при органических

заболеваниях нервной системы встречаются у В. М. Бехтерева (1954), а также в работах более позднего периода (Карвасарский Б. Д., 1980; Яцков Л. П., 1981, и др.).

В связи с клиническим патоморфозом нейроинфекций все чаще встречаются такие формы поражений центральной нервной системы, которые при незначительной выраженности неврологических нарушений характеризуются затяжным, многолетним течением и терапевтической резистентностью. В этих условиях нарушения корковой нейродинамики органическим процессом, вторичная невротизация в реакции личности на основное заболевание и сопутствующие психогении во многих случаях становятся неизбежными спутниками органического патологического процесса. Широкое внедрение в клиническую практику электрофизиологических методов, магнитно-резонансной томографии и др. значительно облегчило диагностику стертых, невыраженных форм органических заболеваний нервной системы. В связи с этим чаще, чем прежде, появляется возможность в каждом случае правильно оценить соотношение органического и невротического компонентов при данном заболевании и соответственно этому определить место сомато- и психотерапии в наиболее рациональном лечебно-восстановительном комплексе. Диагностические трудности, недооценка методов клинико-психологического исследования нередко приводят к неправильной интерпретации нервно-психических нарушений при органических заболеваниях. Невротические синдромы, обусловленные психогенией, рассматриваются как проявления деструктивного процесса, вследствие чего возможна переоценка роли соматотерапии и игнорирование или недооценка методов психотерапии. Это тем более необходимо подчеркнуть, что, помимо лечебного значения, применение психотерапии в этих случаях оказывается полезным для **дифференциально-диагностического отграничения** органических поражений от нарушений, возникающих психогенно. Возможны ошибки и другого рода, когда при неврозоподобных дебютах органических поражений нервной системы (рассеянный склероз, опухоли головного мозга и др.) устранение психотерапевтическими приемами сопутствующих функциональных нарушений приводит к запоздалой, несвоевременной диагностике.

Об эффективности **гипнотерапии** у хорошо поддающихся гипнозу больных, направленной на ослабление таких чисто органических про-

явлений, как парезы, параличи, дизартрия, интенционное дрожание, нарушения мышечного тонуса, фантомные боли и др., свидетельствуют исследования К. И. Платонова (1962). Ссылаясь на собственные наблюдения, известный отечественный психотерапевт отмечал ослабление свежих и застарелых органических парезов и параличей различной этиологии под влиянием тренировочных упражнений по лечебной физкультуре, проводимых в состоянии гипнотического сна. Ускорялся процесс восстановления движений в пораженной конечности.

На возможное нейрофизиологическое объяснение эффективности гипнотерапии при органических заболеваниях нервной системы указывал еще В. М. Бехтерев. В 1911 г. он писал, что «...при всяком органическом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные сопутствующими функциональными изменениями соседних или более удаленных участков нервной системы» и что поэтому появляется возможность «некоторого влияния гипнотических внушений на нервные поражения органического происхождения». На регресс не только субъективных жалоб, но и объективных неврологических симптомов при гипнотерапии больных с поражениями нервной системы травматического, сосудистого, инфекционного, токсического генеза указывал И. И. Шогам (1981). Автор полагал, что в этом случае психотерапевтическое воздействие реализуется через неспецифические структуры лимбико-ретикулярного комплекса, влияющего на функциональное состояние нервной системы на разных ее уровнях опосредованно через речевые (второсигнальные) неокортикальные зоны.

Подчеркивалась большая эффективность гипнотерапии при стволовых диэнцефальных формах органических заболеваний головного мозга. При очаговых поражениях мозга, сопровождающихся, например, спастическими гемипарезами, можно уменьшить их клинические проявления — несколько повысить мышечную силу, уменьшить тонус, восстановить в известной мере чувствительность, в частности путем мобилизации резервных компенсаторных возможностей со стороны неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса. На эффективность гипнотических внушений у больных паркинсонизмом, объясняемую особой ролью неспецифических систем мозга в патогенезе заболеваний и преимуществен-

но нейродинамическими нарушениями, лежащими в основе образования некоторых симптомов при данном органическом заболевании, указывал В. Л. Голубев (1975). Гипнотерапия, а также другие виды суггестивной психотерапии могут успешно применяться для снятия неврозоподобной симптоматики непсихогенной природы при органических заболеваниях нервной системы. Известна эффективность этих методов при нарушении сна и аппетита, ухудшении настроения, расстройстве памяти, внимания, снижении умственной работоспособности.

При проведении психотерапии в общем комплексе лечебных мероприятий (дегидратационной, рассасывающей, противовоспалительной терапии) существенное значение имеет направление больного в стационар. Психотерапевтическое значение для больного приобретает сам факт установления у него определенного заболевания после тщательно проведенного обследования. **Основными задачами психотерапии** на данном этапе являются убеждение больного в больших компенсаторных возможностях нервной системы, активизация личности в преодолении болезненных нарушений и приспособление к условиям жизни. С этой целью могут быть использованы, помимо рациональной психотерапии, все формы суггестии. Большое значение имеет психотерапия в группе, особенно в форме «лечебной перспективы». Применение этой методики целесообразно, так как установление диагноза органического заболевания головного мозга, как правило, пугает больных. Необходимо дать им возможность убедиться в перспективности для них проводимой терапии. Для этого в группу приглашают пациентов со сходными болезненными нарушениями, закончивших лечение с благоприятными результатами, хорошей социальной и трудовой реадаптацией после него.

Одной из **основных целей использования психотерапии** в комплексном лечении больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы является устранение невротического компонента, обусловленного реакцией личности на болезнь, часто в связи с ятрогениями, а также в виде более сложных сопутствующих психогений. У некоторых больных возникновение невротических расстройств обусловливается патологической реакцией на поражение нервной системы, а переживание болезни приобретает характер психогении вследствие их личностных особенностей (тревожная мнительность,

ипохондричность). Генез этих вторичных невротических симптомов в клинике органических поражений головного мозга, особенно при энцефалитах с поражениями межуточного мозга, тесно связан прежде всего с генерализованными системными нарушениями сенсорной сферы. Для больных характерны сенестопатии, частые нарушения телесной и особенно висцеральной схемы тела, яркие психосенсорные расстройства. Эти ощущения больные переживают особенно остро и тяжело, и у них появляется убежденность в реальности жизненной катастрофы, которая может возникнуть в любой момент вопреки заверениям врача. Нередко больные полностью углубляются в переживания, связанные с пугающими телесными ощущениями, сосредоточивают на них все свое внимание и оказываются выключенными из обычного семейного и социального круга. Реакцией, как правило, являются невротические страхи «сойти с ума», кровоизлияния в головной мозг, возникновения опухоли. Отмечаемая многими авторами ипохондрическая настроенность больных сопровождается стойкой фиксацией на своих ощущениях, чрезмерной заботой о своем здоровье и нередко ятрогенно подкрепляется диагностическими ошибками. При лечении больных с невротической фиксацией органических нарушений существенное значение имеет косвенное внушение, в том числе в виде психотерапевтического опосредования и потенцирования различных видов биологической терапии. О целесообразности чреспредметного (косвенного) психотерапевтического эффекта известно давно (Бехтерев В. М., 1911; Платонов К. И., 1925, и др.).

Важную роль психотерапия приобретает в комплексном лечении больных, у которых затяжное, длительное течение органического заболевания нервной системы становится фактором, способствующим возникновению более сложных психогений, выявляющихся лишь при глубоком изучении истории развития больного и формирования его отношений к окружающей действительности. Деструктивные поражения ЦНС сопровождаются снижением сопротивляемости и выносливости, поэтому ситуация, незначительная для здоровой нервной системы, является в этих условиях декомпенсирующей. Подобные больные, будучи в основном «органиками», склонны к рецидивам заболевания и декомпенсации по психогенному пути и хорошо восстанавливаются при разрешении ситуации с помощью психотерапии. Нередки случаи, когда тот или иной неблагоприятный фактор в жиз-

ни больного приобретает патогенное значение лишь после перенесенного органического заболевания нервной системы. При органических заболеваниях со значительно выраженными невротическими нарушениями психотерапию желательно начинать в стационаре, где для этого имеются благоприятные условия (длительный и постоянный контакт врача с больным, что необходимо для систематической индивидуальной психотерапии, возможность проводить групповую психотерапию и различные виды так называемой социотерапии). После выписки должна проводиться амбулаторная поддерживающая психотерапия, которая в тяжелых случаях длится в течение нескольких месяцев, а иногда и лет. При отсутствии достаточных возможностей с этой целью может быть использован метод заочной психотерапии путем переписки.

В широкой врачебной практике встречаются больные, которым с самого начала ставится правильный диагноз органического заболевания нервной системы, однако часто даже длительное, многолетнее лечение оказывается недостаточно эффективным. При клинико-психологическом изучении больного выявляется невротическая и ипохондрическая реакция и фиксация основных болезненных симптомов. Только тщательное выяснение истории жизни больного, особенностей его личности позволяет понять содержание этой фиксации и выявить те психогенные факторы, которые ее обусловливают.

Одним из основных и наиболее адекватных методов восстановительного лечения в этих случаях является **психотерапия в ее различных формах**.

Отмечается эффективность различных видов психотерапии: **рациональной**, в форме суггестии, **поведенческой** психотерапии и пр. — в комплексе лечения неврологических больных для устранения вторичных невротических и неврозоподобных расстройств на фоне инфекционных, сосудистых, травматических заболеваний нервной системы. А. Т. Филатов и Е. Б. Федосов (1980) приводят данные о психотерапевтическом лечении больных с травматическими повреждениями позвоночника и спинного мозга, страдающих вторичными невротическими и неврозоподобными расстройствами и неврологическими нарушениями, характерными для этой группы больных (нарушения функций кишечника, мочевого пузыря, расстройства движения и чувствительности). Эффективность гипнотерапии и других ви-

дов психотерапии у больных с поражениями нервной системы на спинальном и периферическом уровнях объясняется участием в механизмах их компенсации церебральных структур, в особенности неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса. Имеют значение и нисходящие корригирующие влияния лимбической системы на функциональное состояние спинальных и периферических образований, включая их моторные, сенсорные, вегето-трофические проявления. Л. П. Яцковым (1981) **длительная амбулаторная психотерапия** (до 80–100 сеансов) применялась у больных с отдаленными последствиями церебрально-органической патологии и наличием невротических и неврозоподобных расстройств. Автор указывает на различную эффективность психотерапии в зависимости от синдромальной структуры нервно-психических нарушений. Менее эффективной оказалась психотерапия у больных с ипохондрическим и сенесто-цефалгическим синдромами. Целесообразность проведения психотерапии у больных с хроническим болевым синдромом, обусловленным остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, отмечает И. Н. Бабурин (2007).

В системе лечения неврологических больных широкое распространение получила **аутогенная тренировка**. Обзор исследований по применению этой методики в клинике нервных болезней приведен в монографии В. С. Лобзина, М. М. Решетникова (1986). Подчеркивается, что аутогенная тренировка более адекватна при восстановительной терапии остаточных явлений органических заболеваний центральной нервной системы, прежде всего для устранения широкого круга функциональных расстройств невротического и неврозоподобного характера. Заслуживают особого внимания данные об использовании аутогенной тренировки с целью расслабления отдельных мышечных групп при таких терапевтически резистентных формах заболеваний, как спастическая кривошея, лицевой параспазм и др. Возрастает число примеров лечения нервно-психической патологии с использованием принципа **биологической обратной связи**. Этот метод дает хороший терапевтический результат у больных с последствиями травм позвоночника и спинного мозга, при активной восстановительной терапии больных с постинсультными двигательными нарушениями. Многочисленная литература посвящена использованию этого метода при лечении мигрени.

Накапливается опыт проведения **групповой психотерапии** при различных заболеваниях нервной системы. Групповая психотерапия больных, страдающих сосудистыми заболеваниями, описана С. Ю. Мышляевым (1994) и др. На первых занятиях рассматриваются особенности заболевания (течение, прогноз); в дальнейшем обсуждаются проблемы, волнующие обычно таких пациентов: необходимость и пути повышения их эмоционально-волевой и социальной активности, коррекция установок и отношений к различным социально-бытовым условиям, адекватное отношение к симптомам заболевания, противодействие их возникновению. Рассматриваются проблемы, связанные с возвращением больных в семью (здесь важна и **семейная психотерапия**), подготовкой к выходу на пенсию или инвалидность и в связи с этим к новому укладу жизни. При соответствующих показаниях групповую психотерапию можно сочетать с другими видами психотерапии в той же группе. При проведении психотерапии у больных с сосудистыми заболеваниями нервной системы необходимо учитывать их повышенную ранимость и лабильность психики; неосторожное поведение психотерапевта может привести к ятрогениям и дидактогениям.

О. А. Балунов и соавт. (1986) разработали методы **психотерапии постинсультных больных**. Объектом лечебного воздействия являлись реактивно-личностные наслоения (снижение самооценки, потеря веры в выздоровление), особенно выраженные у больных с тяжелыми дефектами двигательных, сенсорных и других функций. Лечение осуществлялось в малых группах и включало различные формы рациональной психотерапии — групповые занятия с использованием приемов «психотерапевтического зеркала», «коррекции масштаба переживания», «лечебной перспективы», музыкотерапии, способствующих выработке адаптивных установок и мобилизации собственной активности больных. Существенное место отводилось элементам психогимнастики, двигательной терапии, наиболее адекватным для решения задач эмоциональной и моторной активации больных. С целью опосредованного воздействия на локальный дефект использовались различные игровые методики и специальные приемы идеомоторной тренировки.

Большое значение приобретала семейная психотерапия — разъяснительная работа с родственниками больного с целью их ориентации

на адекватное отношение к пациенту и его заболеванию, а также обучение навыкам ухода за больными. Особенностью занятий по групповой психотерапии с больными, перенесшими инсульт, является участие в них (помимо психотерапевтов) медицинских сестер. В групповых дискуссиях коррекции подвергаются неверные представления пациентов о параличе, проблемы выздоровления и предупреждения повторных инсультов.

Перед выпиской психотерапевтические усилия направляются на то, чтобы снять тревогу и избавить от тягостных мыслей, связанных с боязнью больных лишиться заботы, вселить уверенность в скором улучшении состояния. В. М. Шкловский и др. (1981) указывают на эффективность психотерапии в системе реабилитации больных с последствиями инсульта и нейротравмы. Для восстановления коммуникативной функции речи у больных с афазией проводилась **логотерапия**, сочетающая логопедию и психотерапию. Использовались методы собственно групповой психотерапии по восстановлению речи растормаживающего и стимулирующего характера, занятия с применением дифференцированных методик из практики индивидуального обучения и восстановления речи в процессе трудовой деятельности.

В настоящее время психотерапия включается в комплекс лечебно-восстановительных воздействий при самых различных неврологических заболеваниях, с ее помощью решаются в основном те же задачи, которые указаны выше.

Психотерапия оказывается полезной и в случаях **длительной инвалидизации пациентов**. Описан опыт работы с больными, страдающими хронической прогрессирующей формой нервно-мышечной дистрофии. Групповая психотерапия, имевшая своей целью уменьшение зависимости, предотвращение ухода от социальной деятельности, изоляции и отчуждения пациентов, проводилась 1 раз в неделю по 1,5 ч. После 9-месячных занятий отмечено терапевтически благоприятное изменение установок и функционирования членов группы.

Психотерапия при **эпилепсии** (Громов С. А., 1987) направлена на решение ряда задач, возникающих при лечении и других органических заболеваний: закрепление и потенцирование эффекта биологической терапии, укрепление веры больного в успех лечения (в чем особенно нуждаются страдающие этим заболеванием), коррекция

отношений больных и перспектив их будущей жизни в условиях болезни, усвоение более адекватных, адаптивных форм поведения. Хотя нет убедительных данных о возможности с помощью психотерапии воздействовать на судорожные припадки, однако смягчение аффективной напряженности, общий седативный эффект психотерапии повышают порог судорожной возбудимости, в ряде случаев уменьшая частоту припадков. Подчеркивается неимперативный, в большей мере разъяснительный характер суггестивных воздействий. Применяются также методы групповой психотерапии.

Для проведения поддерживающей психотерапии у больных с органическими заболеваниями нервной системы могут использоваться **клубные формы работы**. В клубах бывших пациентов проводятся лечебные реадаптационные мероприятия не только с больными, но и с их близкими, в частности с семьей.

Знакомство с представленной системой психотерапии в неврологии может показаться ВОП, не имеющему специального опыта в психотерапии, излишне сложным. Однако следует иметь в виду, что современная психотерапия, располагающая сотнями различных методов и форм, не предполагает применения их одним специалистом. Необходимо понимание того, что существуют в большей или меньшей степени **показания для психотерапии в системе лечения, реабилитации и психопрофилактики** (особенно вторичной и третичной) неврологических больных. Эти знания, а также установка на сотрудничество с врачами-специалистами позволят ВОП при необходимости направить нуждающихся в более сложной психотерапии пациентов в специализированные учреждения.

Задача ВОП состоит как в эффективном использовании личного психотерапевтического опыта, так и в определении необходимости направления пациента к высококвалифицированному врачу-психотерапевту или психологу.

Психотерапия умирающих пациентов

Одной из наиболее частых причин смерти в настоящее время являются онкологические заболевания. В одних случаях у больных с опухолевой патологией психотерапия используется лишь для созда-

ния благоприятной психологической обстановки, при этом могут проводиться психотерапевтические беседы с больными. В других — широкий арсенал психотерапевтических методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержание которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

В начальный, диагностический период, когда больные испытывают тревогу и страх, целесообразна рациональная психотерапия, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В более тяжелых случаях рекомендуется гипнотерапия.

В период сложных переживаний онкологических больных перед операцией считается показанной рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успех лечения. В послеоперационном периоде психотерапевтические задачи определяются состоянием больного и дальнейшим лечением.

С больными, получающими химиотерапию и лучевую терапию, проводятся психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лечения. Используются такие техники, как «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение».

В запущенной стадии этих заболеваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению болей, улучшению сна, включающие как важный компонент эмпатическое, сопереживающее отношение к больному, вселение надежды.

Знание психического состояния онкологических больных (Гнездилов А. В., 1995, 2001; Биктимиров Т. З., 1999) до и после операции, особенностей их «внутренней картины болезни», психологических защитных механизмов, процесса формирования «синдрома изоляции» позволяет также использовать отдельные элементы личностно-ориентированной, в том числе групповой, психотерапии как в лечении этих больных, так и в психопрофилактической работе с ними.

Содержанием психотерапевтической работы с больными раком являются обеспечение моральной поддержки, помощь больному в адаптации к своему заболеванию и нахождение альтернативных путей преодоления эмоционального напряжения и проблем, вызванных болезнью. Открытая конфронтация со смертью позволяет пациенту ориенти-

роваться не на прошлое или будущее, а на настоящее — на «жизнь», а не на «смерть»; уходит страх быть униженным, попасть в трудную ситуацию, поскольку «рак излечивает неврозы». Подчеркивается сложность роли психотерапевта, необходимость интеграции в ситуацию умирающего больного, умение не отделять больных от себя — не разделять понятия Я и Вы.

Поддержка больных и их семей, ранняя психотерапевтическая помощь могут существенно снизить риск возникновения выраженных и не поддающихся коррекции психологических и психопатологических реакций на заболевание раком.

Известный специалист в области поведенческой психотерапии H. J. Eysenck (1993) убедительно подтвердил роль психотерапии в онкологии. Проводились индивидуальные и групповые формы поведенческой психотерапии и копинг-тренировки у здоровых лиц, по результатам специальных психологических исследований предрасположенных к заболеваниям раком легкого. Испытуемые были распределены на 50 пар одного пола и возраста. Далее методом случайного выбора одного из пары направляли в психотерапевтическую группу, с другими же занятия не проводились. Через 13 лет в контрольной группе от рака легкого умерли 16 человек, в экспериментальной (в которой проводилась психотерапия) — ни одного. В контрольной группе заболели раком легкого 21 человек, в экспериментальной — 13. Смертность по другим причинам составила в контрольной группе 13 человек, в экспериментальной — 5. Исследования подтвердили эффективность психотерапии в профилактическом плане. Был рассмотрен также вопрос о возможности продления жизни неизлечимым онкологическим больным с помощью психотерапевтических методов. Двадцать четыре таких больных были разделены попарно. С одним пациентом из пары проводилась поведенческая психотерапия, другой пациент получал лишь общепринятое лечение. Средняя продолжительность жизни (с момента наблюдения) составила у первых более 5 лет, у вторых — более 3 лет. Близкие результаты были получены при поведенческой терапии женщин в терминальной стадии рака молочной железы (Биктимиров Т. З., 1999; Чулкова В. А., 1999). По мнению авторов, физиологические процессы в организме, нарушения которых указывается в числе факторов, предрасполагающих к возникновению злокачественных новообразований, находятся под выраженным влиянием психологических воздейст-

вий (в стрессовых ситуациях, в частности, повышается содержание кортизола в крови, что оказывает негативное влияние на деятельность иммунной системы).

Особые условия работы с онкологическими больными требуют специальной подготовки врачей-онкологов, ВОП и среднего медицинского персонала. При этом основное внимание уделяется чувству озабоченности и тревоги, возникающему при работе с раковыми больными; приемам работы с умирающими; пониманию медперсоналом того, что он трудится в сложнейшей области медицины. Подчеркивается эффективность в этих целях специальных форм обучения.

Существует понятие **«терминальная психотерапия»** — психотерапия пациентов, умирающих от неизлечимой болезни или по причине глубокой старости. В качестве таких заболеваний сегодня выступают не только рак и СПИД, но и другие болезни, которые воспринимаются многими людьми как процессы, неминуемо ведущие через увядание и боль к смерти. Эмоциональные нагрузки, которые испытывают умирающие больные, определяются в первую очередь их личностными особенностями, а также мыслями о боли и возможной медленной и мучительной смерти. Основная мишень терминальной психотерапии — страх пациента перед стремительным и неотвратимым завершением жизни. Особенно выраженный страх может обусловливаться неизбежностью рискованного оперативного вмешательства, что нередко усиливается тревогой ВОП и психотерапевта, вызванной беспомощностью перед лицом фатального прогноза заболевания. В больнице пациентом одновременно занимаются лечащий врач, медсестры, консультанты, социальные работники и др., и тем не менее он чувствует себя одиноким. Чтобы достойно или относительно спокойно, рассудительно встретить приближающуюся смерть, больному необходимы родственники и врачи, которым он может доверять. У постели умирающего не следует вести беседы (даже шепотом), содержание которых не всегда в достаточной мере понятно, что может усиливать его тревогу и неуверенность в благополучном исходе заболевания. Типичная ошибка в общении с умирающими или неизлечимо больными — сознательное или неосознанное стремление окружающих избегать с ними лишних контактов. В этих случаях внутреннее состояние родственников и медперсонала характеризуется неуверенностью, а врач, что-

бы поддержать свой имидж (внешнюю собранность), использует маску трезвой деловитости.

У психотерапевта есть небезосновательные опасения чрезмерной идентификации себя с неизлечимо больным и его родственниками, а постоянно поднимаемый пациентом вопрос о прогнозе воспринимается специалистом как конфронтация с ним или вызов собственному бессилию и смерти. Поэтому больные с тяжелыми или неизлечимыми заболеваниями в процессе лечения и ухода нередко «теряются» персоналом, что в большинстве случаев не дает медицинским работникам «ощущения успеха».

Отличительная особенность работы специалистов с умирающими — страх перед неизлечимыми болезнями (например, раком), основанный на представлениях об их контагиозности. Если это избегание начинает распространяться на окружение больного, оно может привести к его социальной изоляции и стигматизации, что снижает эффективность медицинской помощи. Другой помехой в проведении адекватной психотерапии умирающим выступает высокий уровень притязаний некоторых врачей, ориентированных в своей деятельности на обязательное излечение пациентов. Следует помнить, что во многих случаях достаточно лишь присутствовать у постели тяжелобольного или умирающего, чтобы помочь ему успокоиться.

Важным элементом терминальной психотерапии является **сообщение диагноза**. Искренность в беседах с больным — основной закон терминальной психотерапии. Это касается не только врачей, занимающихся умирающими, но и родственников, обслуживающего персонала и священнослужителей. В наше время существует тенденция к разъяснению больному сути его заболевания, но оно должно проводиться осторожно, индивидуально, с учетом того, что пациент действительно хочет знать. Сообщить диагноз по возможности должен лечащий врач. Однако возражения против осторожного, адекватного ситуации разъяснения тяжелобольному или умирающему причин и особенностей его состояния (проводимого не однократно, а в ходе ряда бесед) еще высказываются отдельными специалистами. Они утверждают, что больные либо не заинтересованы в подобной информации, либо в результате это может привести к суициду. Но многие исследования опровергают представление о том, что осведомленность может спровоцировать суицид: хотя суициды у не-

излечимо больных регистрируются чаще, чем в нормальной популяции, они не являются следствием знания диагноза и прогноза.

Сообщение диагноза пациенту является важным и для врача. С одной стороны, сокрытие правды означает признание тотальной безнадежности и терапевтического бессилия. С другой — при раннем обнаружении тяжелого, возможно, даже неизлечимого, заболевания иначе не добиться сотрудничества с пациентом при необходимости оперативного вмешательства или лечения специфическими методами (например, радиотерапией и цитостатиками). Одновременно с сообщением диагноза следует сформировать в сознании пациента лечебную перспективу, сделать по возможности терапевтическое предложение или подчеркнуть в разговоре с ним обнадеживающие данные обследования. Тем самым врач обещает больному не оставлять его наедине с болезнью и поддерживает его ощущение собственной ценности. Это помогает при необходимости мобилизовать еще сохранившиеся соматические и психические резервы пациента.

ВОП и врачи-специалисты, как сопровождающие партнеры, облегчают больному путь через отвергание, надежду и безнадежность. Эти чувства часто внезапно сменяются у пациента, но могут и сосуществовать, вызывая неуверенность и вынуждая к поиску ориентира. Опыт открытого партнерства, возможно, до того не являвшийся жизненным опытом, при все большем уходе в себя может наконец привести к примирению с мыслью о смерти. И тогда смерть станет личной задачей, а не «конечным результатом болезни».

Эффективность терминальной психотерапии во многом зависит от умелого использования врачом (по ходу ее проведения) помощи семьи. Врачу необходимо разобраться, какое значение имеет страдание для больного и для его родственников, какие силы здесь действуют как до, так и в особенности во время заболевания и после возможной смерти пациента. Если эти силы распознаются, то их можно успешнее использовать в процессе психотерапии. Часто родственники сами просят врача не сообщать больному диагноз неизлечимого заболевания, и это приводит к различным уровням информации для членов семьи и больного. В итоге пациент оказывается в изоляции. Чтобы семья была вместе с больным, родственники должны владеть информацией в том же объеме, что и он. В контакте с такой семьей можно стремиться к мобилизации резервов семейной группы,

содействию психологической переработке скорби у больного и его близких.

В контексте терминальной психотерапии одновременно применимы следующие меры:

1) выработка положительного переноса в рамках стабильных отношений с врачом;
2) обеспечение доступности его в случае необходимости;
3) использование возможностей для вербализации ипохондрических представлений и чувств;
4) психологическая поддержка;
5) усилия в направлении «третьей реальности», т. е. религии и т. д.

А. В. Гнездилов (2002), один из основателей системы хосписов в Санкт-Петербурге, предлагает следующую психотерапевтическую этику хосписной службы:

- отношение к пациенту как к личности;
- страдание страшно не само по себе, а когда оно бессмысленно;
- смысл обретается в ценностях окружающего мира (в поисках истины, Бога, в красоте, в любви, в прощении и примирении с врагами, в окружающем мире);
- делать добро — один из важнейших этических принципов;
- минимум вреда и травматичности для пациентов;
- оказание помощи, когда ее ждут и просят;
- уважение к жизни;
- принятие неизбежности смерти;
- использование всех ресурсов пациента;
- использование последнего желания;
- нельзя, чтобы лечение было тяжелее самого заболевания;
- стремление сохранить жизнь, но при биологической невозможности — создание комфортных условий смерти;
- индивидуальным потребностям больного дается приоритет перед социальными правилами;
- чем меньше ожиданий, тем выше качество жизни;

- больной и семья — единое целое, забота о семье — это продолжение заботы о пациенте.

Для решения конкретных психотерапевтических задач предлагается использование психотерапии средой, арттерапии, звукотерапии, сказкотерапии, театротерапии, невербальной психотерапии и духовных аспектов работы с умирающими.

Современные организационные формы для проведения терминальной психотерапии представлены хосписом, специализированными отделениями или центрами для лечения больных СПИДом и другими моделями паллиативного лечения. Терминальную психотерапию проводят в стационаре и на дому, в последнем случае эту форму психотерапии в основном могут осуществлять ВОП и под их руководством подготовленные медсестры или социальные работники.

Обучение в области психотерапии врачей общей практики

С изменением структуры медицинской службы и повышением роли ВОП в осуществлении психотерапевтической помощи все большую актуальность приобретает разработка основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации ВОП в области психотерапии. Важнейшей задачей становится определение роли ВОП в системе психотерапевтической помощи, основанной на отечественных традициях и принципах организации психотерапевтической службы, в частности определенной Приказом МЗ РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи», а также возможность оказания ее в первичном звене здравоохранения, определенной Приказом МЗ и СР РФ от 13.10.2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи».

Представление о необходимости обучения психотерапии ВОП существовало и ранее. Предполагалось, что ВОП должны приобретать в процессе обучения четкие теоретические представления о клинике и природе неврозов и других пограничных психических расстройств, использовать диагностические и терапевтические методы, которыми мог бы овладеть врач и которые он смог бы применить в пределах возможных для него затрат времени. Ставилась задача повышения знаний широкого круга врачей в области психотерапии (врачей-специалистов, в частности), что представлялось возможным при наличии образовательных учреждений, осуществляющих последипломное повышение квалификации по психотерапии, а также интереса и установки на овладение некоторыми методами психотерапии и использовании, их элементов в повседневной практике врачей широкого круга специальностей. Утверждалось, что профессионализм в данной области знаний требует изменения взгляда врача на пациентов, страдающих психогенными и другими заболеваниями, а также на методы их лечения. Это позволяет приблизиться к решению наиболее актуальных лечебно-профилактических задач современного здравоохра-

нения. С учетом числа таких больных и в целом верного замечания M. Hausner о том, что «толщина амбулаторной карты отражает величину эмоционального стресса у пациента», знания в области психотерапии обеспечивают также своевременную диагностику неврозов и близких к ним пограничных психических расстройств. Оперативное направление больных к врачу-психотерапевту, лечение неосложненных форм психогенных расстройств требует от каждого врача владения навыками их диагностики и некоторыми краткосрочными методиками психотерапии с широким спектром действия (когнитивно-поведенческие, суггестивные и др.).

В настоящее время ВОП, как и врачи других специальностей, в период додипломной подготовки проходят обучение по общей, социальной и медицинской психологии с элементами психотерапии и психиатрии, что формирует базу для последующего повышения знаний и умений в области психотерапии. Студенты старших курсов (5 курс) на цикле «Основы психотерапии» получают представления о современной психотерапии, ее основных направлениях, осваивают коммуникативную сторону лечебного процесса, знакомятся с принципами оказания психотерапевтической помощи. Возможно, в структуру преддипломной подготовки ВОП (субординатура) и первичной последипломной специализации (интернатура или клиническая ординатура) необходимо включить курс по психотерапии и медицинской психологии с учетом потребностей будущей профессиональной деятельности.

Что касается последипломной подготовки ВОП, то основой ее является двухмесячное повышение квалификации на кафедрах психотерапии медицинских образовательных учреждений и в профильных научно-исследовательских институтах. Программа такой подготовки включает освоение теоретико-методологических, клинических, нейрофизиологических и психологических основ психотерапии, овладение методами и навыками их использования в практической работе с больными. Основными принятыми формами занятий по психотерапии в рамках последипломного усовершенствования ВОП являются лекции, практические занятия, семинары, клинические конференции, профессионально-ориентированные и личностно-ориентированные тренинги и практика психотерапевтического общения с пациентами. В последнее время важное значение приобретают общедоступные на-

учно-практические конференции, семинары и «круглые столы» по вопросам интеграции достижений психотерапии в общую медицинскую практику. Клинический и личностный подходы пронизывают все формы преподавания психотерапии. В программе значительное место должны занимать вопросы из области психиатрии (общая психопатология и основные формы психических заболеваний). Для многих врачей это дополнительная возможность возвращения к предмету психиатрии в своем последипломном образовании. На данном этапе формирования психотерапии как самостоятельной специальности ее фундаментом являются знания по психиатрии, особенно в той ее области, которую принято обозначать «малой психиатрией», где от врача-психотерапевта требуется еще более тонкое владение психопатологическим анализом, чем в «“большой” психиатрии», учитывая общий патоморфоз психических заболеваний, увеличение числа стертых форм эндогенной психической патологии с их сложной дифференциальной диагностикой и повышенной в связи с этим суицидальной опасностью.

Содержание программы подготовки по психотерапии должно кроме общих вопросов состояния и развития психотерапевтической специальности, ее истории и отечественных традиций включать в себя вопросы организации психотерапевтической помощи, позволяющей ВОП стать участником психотерапевтической службы и своевременно привлекать при необходимости региональных специалистов, создавать условия для оценки эффективности проведенных психотерапевтических мероприятий психотерапевтами-профессионалами. Очевидно, что развитие общей врачебной практики привнесет в организацию психотерапевтической помощи новые элементы, которые будут обусловливаться особенностями взаимодействия специалистов региональной психотерапевтической службы и первичной медицинской сети.

Важным компонентом программ подготовки ВОП должно стать углубленное изучение клиники, диагностики, лечения и профилактики больных так называемого «медицинского лабиринта» — широкий спектр пограничных расстройств, манифестирующих в форме соматических и/или соматоформных проявлений, — число которых за последнее время значительно возросло и, по прогнозам отечественных и зарубежных эпидемиологов, будет и далее возрастать вследствие

значительного повышения темпа жизни человека, «стрессогенности» современных достижений культуры, а также явлений лекарственного и других форм патоморфоза психической патологии.

Обучение должно уходить от труднопреодолеваемого стереотипа аудиторных занятий и строиться на участии врачей в овладении техниками профессиональной психотерапевтической диагностики «трудных больных». Можно даже высказать предположение, что обучение ВОП по психотерапии могут позволить себе только образовательные учреждения, имеющие соответствующий спектр клиник, поскольку больные «медицинского лабиринта» являются пограничными не только в отношении психиатрической, но и других клиник психоневрологического спектра (неврологии, наркологии, аддиктивной патологии, суицидологии, сексологии и др.).

Учитывая положение ВОП в здравоохранении и постепенное приближение его к идеалу будущего семейного врача, клиническая подготовка по психотерапии как специальности психиатрического спектра должна включать в себя также изучение достижений психофармакологии и все увеличивающегося числа психофармакотерапевтических препаратов. Эта часть программы должна включать не только знакомство с имеющимися нейролептиками, антидепрессантами современных поколений, но, самое важное, строиться на изучении их сравнительной эффективности при лечении различных расстройств, обучении навыкам применения таких препаратов с четко определенными границами возможной психофармакотерапии в условиях общемедицинской практики. Образовательные учреждения должны иметь возможность демонстрации реального лечебного эффекта препаратов (в отличие от рекламируемого), а также последствий некорректного их применения. Другими словами, в программу психотерапевтической подготовки крайне желательным было бы включение не только фармакотерапии, но и основ клинической фармакологии.

Большое значение для обучения ВОП психотерапии имеет и приобретение ими навыков использования ряда краткосрочных психотерапевтических методов и развитие профессиональной коммуникации с пациентами всех возрастных групп, а учитывая его статус семейного врача, возможно, и профессиональной работы с группой и семьей. Подготовку по повышению общей коммуникативной ком-

петентности и успешному применению краткосрочных психотерапевтических инструментов недостаточно осуществлять способом аудиторной передачи информации в форме лекций или семинарских занятий. В последние десятилетия все больше внимания обращают на необходимость расширения методов обучения психотерапии, с тем чтобы они были направлены главным образом на освоение психотерапевтических техник. Подчеркивают целесообразность использования таких форм подготовки и повышения квалификации, в которых акцент был бы сделан на развитии чувствительности врача к явлениям и процессам, происходящим в его взаимоотношениях с пациентом, умения использовать обратную связь с пациентом, увеличения гибкости и эффективности общения, осознания влияния собственных установок, наклонностей и ценностей на процесс взаимоотношений с пациентом в ходе лечения.

В разной степени этим целям соответствуют формы обучения в тренинговых психотерапевтических группах. Тренинговые группы можно подразделять на следующие виды:

- методические тренинговые группы, ориентированные на обучение методам психотерапии;
- тренинговые группы, ориентированные на групповую динамику;
- тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие и развитие коммуникативных навыков.

Как эффективная форма подготовки получают значительное распространение группы Балинта (изначально создававшиеся автором для психотерапевтического обучения ВОП). Каждый участник подготовки должен принять участие в нескольких занятиях, во время которых обсуждаются проблемы, реально возникающие в процессе проводимой им психотерапии, представляются проблемные ситуации из практики. Группой обсуждаются различные способы понимания ситуации, анализ поведения врача в его взаимоотношениях с больным и др.

Эффективное обучение психотерапии в настоящее время уже не мыслится без использования видеотехники, специальных теле- и видеофильмов, стенограмм психотерапевтических сеансов. Возможность возвращаться при необходимости к воспроизведению психотерапевтических занятий, анализ отдельных их эпизодов, основанный на

стенографии и видеозаписи, позволяют значительно повысить эффективность психотерапевтического образования.

При подведении итогов относительно задач в области психотерапевтического образования ВОП складывается впечатление, что сама возможность оптимального сотрудничества общей врачебной практики и психотерапии во многом будет определяться качеством учебных программ, предполагающих «реформирование» самих условий их реализации. По сути, речь идет о создании принципиально новых программ, интегрированных в реальную медицинскую помощь (даже в большей мере, чем типовые программы интернатуры и клинической ординатуры), в полной мере не только отвечающих интересам психотерапевтической практики и задачам ее интеграции в лечебный, психопрофилактический и психогигиенический процессы, но и отражающих интересы всего здравоохранения в условиях его реформирования.



ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Нормативно-правовые акты, регулирующие психотерапевтическую деятельность

Несовершенство нормативно-правового регулирования в области психотерапии в целом и использования психотерапии в деятельности врача общей практики (ВОП) в частности обусловлено рядом причин. Психотерапия как деятельность характеризуется сочетанием и взаимодействием различных медицинских, психологических, антропологических, философских и других установок и чрезвычайно широким спектром применения. Существуют различные модели, определяющие ее содержание и место как самостоятельной научно-практической области. Трудности определения предмета психотерапии накладывают отпечаток на проблемы правового регулирования данной области. В русскоязычной литературе более принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного (Карвасарский Б. Д., 1985). Будучи методом лечения, психотерапия традиционно входит в компетенцию медицины.

Психотерапевт осуществляет медицинскую психотерапевтическую помощь при психических, соматических, психосоматических расстройствах. ВОП, оказывающий многопрофильную амбулаторную медико-социальную помощь населению в рамках первичной медико-санитарной помощи, использует психотерапию в комплексном решении задач, входящих в его компетенцию. Квалификационными требованиями, предъявляемыми к нему как к специалисту, согласно «Положению о враче общей практики (семейном враче)», утвержденному Приказом Минздрава России от 26.08.1992 г. № 237, являются владение основами законодательства по охране здоровья населения, знание структуры и основных принципов здравоохранения, прав и обязанностей, ответственности, владение планированием и анализом своей работы, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами.

Несмотря на то что история развития отечественной психотерапии начинается с 80-х гг. XIX в., длительное время она не была отдельной медицинской дисциплиной и психотерапевтическая помощь гражданам осуществлялась в рамках психиатрии. Как самостоятельная медицинская специальность психотерапия была выделена только в 1985 г. и, в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 31.05.1985 г. № 750 включена в качестве таковой в номенклатуру врачебных специальностей, а в номенклатуру врачебных должностей была включена должность «врач-психотерапевт».

Специальность и должность ВОП были утверждены Приказом Минздрава России от 26.08.1992 г. № 237. Данным нормативным правовым документом были определены обязанности, права, ответственность, квалификационные требования, типовой учебный план и программа подготовки специалиста с высшим образованием по специальности «врач общей практики (семейный врач)». ВОП должен самостоятельно проводить обследование, диагностику, лечение и ре-абилитацию пациентов с психическими расстройствами, включая шизофрению, неврозы, психозы, хронический алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, психосоматические заболевания, сексопатологические расстройства, психопатии и др. С учетом этого владение методами психотерапии для ВОП приобретает важное значение.

В программе подготовки ВОП предусматривается изучение основных психопатологических синдромов и их структурно-динамических проявлений в пожилом, детском и юношеском возрасте. Предусматривается также изучение способов коррекции психических расстройств, психологии личности и характера, их влияния на течение соматических заболеваний, психологии межличностных отношений, отношений между врачом и пациентом, между пациентом и его родственниками, родителями и детьми, психологических особенностей взаимоотношений ВОП с врачами других специальностей.

Регулирование деятельности психотерапевта как врача-специалиста обеспечивается нормативно-правовыми документами, являющимися базовыми для российского здравоохранения и содержащими основные нормы и принципы охраны здоровья, организации и оказания медицинской помощи населению. В то же время психотерапия имеет собственную выраженную специфику, которая заключается в ее интердисциплинарном характере, особенностях контингента пациен-

тов, многообразии концепций, подходов и методов, содержании психотерапевтического процесса в обширных сферах применения. Поэтому следует выделить блок нормативных правовых документов, которые содержат нормы, имеющие непосредственное отношение к оказанию психотерапевтической помощи.

В XX в. особое внимание мирового сообщества обращалось на закрепление прав и свобод человека, в том числе права человека на здоровье, которое нашло свое отражение в ряде международных актов. Впервые это право было зафиксировано в ст. 25 «Всеобщей декларации прав человека» 1948 г. В частности, было отмечено, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи». Согласно определению ВОЗ, здоровье включает в себя физическое, психическое и социальное благополучие человека.

Одним из важнейших документов, отражающих основные права пациента, стала Лиссабонская декларация «О правах пациентов», принятая в 1981 г. 34-й Всемирной медицинской ассамблеей, в которой закреплено положение о том, что врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует. Декларация утверждает основные права, которыми, с точки зрения медицинского сообщества, должен обладать каждый пациент: свободный выбор врача, возможность согласиться или отказаться от лечения, конфиденциальность, право умереть достойно, право пользоваться моральной или духовной поддержкой.

В 1985 г. Всемирной медицинской ассоциацией была принята Декларация «О правах человека и свободе личности практикующих врачей», которая защищает равенство возможностей для каждого врача в реализации своих профессиональных прав и интересов. В 1986 г. ею же принята Декларация «О независимости и профессиональной свободе врача», закрепляющая право профессиональной независимости врача с указанием на то, что врачи в своей деятельности не должны ориентироваться на ограниченность ресурсов, которые выделяются на нужды здравоохранения правительственными и социальными службами. В документе поднимается вопрос о разумных ограничени-

ях прав пациента и отмечается, что никакие ограничения не должны нарушать права человека и каждое ограничение должно иметь под собой законодательную правовую базу.

Наибольшее значение для психотерапии имеют международные акты в сфере защиты психического здоровья. Сегодня всеми странами признается, что все случаи нарушения прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами, являются существенным аспектом правозащитной деятельности. Организацией Объединенных Наций 17 декабря 1991 г. утверждены «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119). В частности, отмечено, что все лица имеют право на квалифицированную психиатрическую помощь, являющуюся частью системы здравоохранения, образования и социального обслуживания. Психически больные лица имеют право на профессиональную, гуманную и достойную помощь. Они должны быть защищены от эксплуатации, плохого обращения и унижения в соответствии с этическими стандартами Гавайской декларации, пересмотренной и одобренной Генеральной ассамблеей Всемирной психиатрической ассоциации в Вене в 1983 г.

Высшим законодательным актом в Российской Федерации является Конституция Российской Федерации, в которой закреплен приоритет прав и свобод человека. Конституция исходит из того, что политика государства должна быть направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Конституцией установлено, что Российская Федерация — социальное государство, в котором решаются следующие задачи государственной социальной политики. Создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, — эта задача включает в себя охрану здоровья людей в государстве. Поддержка слабозащищенных в социальном плане слоев населения, семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов, пожилых и других нуждающихся граждан. Основы взаимоотношений между каждым человеком и государством в области здравоохранения определяются положением ст. 41 Конституции о том, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Важнейшим нормативным правовым актом, оказавшим революционное воздействие на дальнейшее формирование системы здраво-

охранения в стране, стали принятые в 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В «Основах» сформулированы принципы охраны здоровья граждан, организации и управления здравоохранением, права граждан при оказании им медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, определена ответственность за причинение вреда здоровью. Под охраной здоровья подразумевается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья.

Специальным законодательным актом, обеспечивающим нормативно-правовое регулирование психотерапевтической деятельности, учитывая ее генетическую связь с психиатрией и близость к ней во многих лечебных и организационных аспектах, является Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В преамбуле Закона приведены основные причины его принятия. В частности, указано на высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности. Подчеркнуто, что психическое расстройство может изменить отношение к жизни, самому себе, обществу, отношение общества к человеку, а также отмечено, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, международному престижу государства. В Законе сформулированы основные принципы оказания психиатрической помощи, права лиц, страдающих психическими расстройствами, организация, виды, порядок и гарантии оказания психиатрической помощи.

В связи с недостаточной определенностью понятия «психическое заболевание» и «психически больной» в законе не используются. В качестве родового собирательного понятия, охватывающего всех людей, нуждающихся в психиатрической помощи, применяется формула «лица, страдающие психическими расстройствами», поскольку она объединяет в себе и собственно психически больных, и лиц с непсихотическими психическими расстройствами.

Перечисленные контингенты пациентов, нередко встречающихся в поле зрения ВОП, значительно различаются не только по клинической картине и особенностям течения заболевания, личностным и социальным характеристикам, клиническому прогнозу, но также по характеру требуемой медицинской помощи, в том числе психотерапевтической.

Понятие «психотерапия» и правовые нормы, специально регулирующие оказание психотерапевтической помощи, в настоящем документе отсутствуют. Однако очевидно, что пациентам, нуждающимся в психотерапевтической помощи, должны предоставляться все права и гарантии, закрепленные данным законодательным актом.

Непосредственное нормативно-правовое регулирование психотерапевтической помощи в стране осуществлялось и продолжает осуществляться на уровне ведомственных подзаконных нормативных правовых документов. Вместе с тем медицинским сообществом уже на протяжении ряда лет осознается необходимость более высокого уровня законодательного регулирования данного вида медицинской помощи. Российской психотерапевтической ассоциацией разработан проект Закона «О психотерапии».

В настоящее время основным специальным нормативным правовым документом, регулирующим оказание данного вида помощи в стране, является Приказ Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи». Согласно Приказу, специалист, работа-ющий в области психотерапии, должен руководствоваться «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и прав граждан при ее оказании», иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения. В настоящее время оценка положений данного приказа как со стороны врачей, так и юристов неоднозначна и сводится к тому, что они не решают в полной мере насущных задач психотерапии. В утвержденных приказом положениях содержатся лишь общие формулировки об организации деятельности врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, участвующих в оказании психотерапевтической помощи, а также об организации деятельности психотерапевтического кабинета, психотерапевтического отделения и психотерапевтического центра. В указанных положениях не дано определение психотерапевтической

деятельности, ее основных принципов, не определены возможные виды и порядок оказания психотерапевтической помощи, не представлено содержание психотерапевтического процесса. Приказом не утвержден порядок взаимодействия врача и психолога и др.

Перечисленные недостатки в значительной мере обусловлены тем, что в настоящее время не существует единого общепринятого научного определения психотерапии и ее содержания. Следовательно, действие Приказа должно распространяться на все методы, формы психотерапии и научные теории, которые реализуются на практике. Только в «Психотерапевтической энциклопедии» описано более 500 различных методов и приемов психотерапии.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 13.06.1996 г. № 245 «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия» в стране не допускается пропаганда и использование в целях оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации не разрешенных Министерством здравоохранения методов и методик психологического и психотерапевтического воздействия, а также методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения. Вместе с тем списка разрешенных и утвержденных законодательством психотерапевтических методов, рекомендованных для использования, не существует. Создание такого перечня методов затрудняется тем, что оценка их эффективности очень сложна. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах к пониманию целей, задач и механизмов терапевтического процесса, но и недостаточно четкое определение критериев эффективности.

Сравнительно большее развитие в последние десятилетие в стране получило нормативно-правовое регулирование в области подготовки специалистов, оказывающих помощь лицам с психическими расстройствами. В 1990-е гг. Минздравом России были изданы Приказы от 26.11.1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь», от 28.07.1997 г. № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи», от 17.12.1997 г. № 373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе,

социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях)».

Минздравом России и Минздравсоцразвития России утверждены:

- Унифицированная программа постдипломного обучения врачей по психиатрии (1999);
- Унифицированная программа переподготовки и тематических усовершенствований по специальности 022700 — «Клиническая психология» (2002);
- Типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Психотерапия» (2004);
- Унифицированная программа профессиональной переподготовки и тематических усовершенствований по специальности «Социальная работа в области психиатрии» (2007).

Анализируя представленные нормативные правовые и методические документы, в целом, можно говорить о том, что современное нормативно-правовое регулирование психотерапии является недостаточно системным, имеет пробелы и не отражает специфики этой медицинской дисциплины.

Очевидно, что дальнейшее развитие этого направления, включающее процессы дифференциации в психотерапии, разнообразие методов, интердисциплинарный и интерперсональный характер данной дисциплины, возможность при ее использовании воздействовать не только на самочувствие, но и на многие личностные, интимные, частные аспекты жизни человека, во многом зависит от рассмотрения вопроса о принятии Закона «О психотерапии», в котором должны найти отражение актуальные задачи оказания психотерапевтической помощи населению, быть учтены традиции научных школ, практических специалистов и пациентов.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 19.01.2004 г. № 8 «О мерах по дальнейшему развитию психотерапевтической помощи», ближайшими задачами нормативно-правого регулирования в области оказания психотерапевтической медицинской помощи являются следующие:

1. Разработка и утверждение типовых программ:
    - ✧ подготовки врачей в интернатуре, клинической ординатуре;

- ✧ профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «психотерапия»;
- ✧ повышения квалификации преподавателей кафедр, проводящих обучение студентов и врачей по психотерапии и клинической психологии.

2. Подготовка изменений по вопросам клинической психологии и психотерапии в Государственный образовательный стандарт подготовки студентов высших образовательных медицинских учреждений.

Для подготовки указанных документов необходим анализ проводимой в субъектах Российской Федерации работы по организации психотерапевтической помощи населению, состояния подготовки специалистов для учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь. Необходима разработка методических рекомендаций по использованию психотерапевтической помощи в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, в том числе лицам, находящимся на принудительном лечении, и лицам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Особенности реализации прав пациентов при оказании психотерапевтической помощи

Одной из основополагающих концепций мирового развития XX в. стал приоритет и защита прав человека и гражданина в отношениях с государством. Большое значение данное положение имеет в медицине, что отражается в количестве международных документов, посвященных правам пациента. В советском законодательстве о здравоохранении («Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» 1969 г.) понятие прав пациента полностью отсутствовало. Впервые соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий законодательно закреплено в ст. 2 и ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 г.

Относительно регулирования оказания психотерапевтической помощи в рамках деятельности ВОП следует еще раз отметить, что не существует отдельного нормативного правового документа, в котором были бы специально оговорены права человека, обратившегося к врачу за психотерапевтической помощью. Поэтому права пациента, обратившегося за психотерапевтической помощью, необходимо рассматривать с позиции общих прав лиц, страдающих психическими расстройствами, в их преломлении к реальным отношениям, возникающим в процессе оказания психотерапевтической помощи.

В ст. 5 «Права лиц, страдающих психическими расстройствами» и ст. 37 «Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах» Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» указывается, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и другими законами Российской Федерации.

Ряд положений, носящих принципиальный характер для обеспечения прав гражданина и пациента, нашли законодательное закрепление в отдельных статьях закона:

- добровольность обращения за психиатрической помощью (ст. 4);
- запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья (ст. 8);
- сохранение врачебной тайны (ст. 9);
- согласие и отказ от лечения (ст. 11, 12).

Также Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» подробно регламентируются основания и порядок ограничения прав пациента, обеспечиваются гарантии обоснованного и справедливого применения указанных ограничений (ст. 6, 23 –36, 40, 41).

C. Rogers, автор пациент-центрированной психотерапии, указывает на следующие три основных требования к психотерапевту, которые являются одним из важных условий эффективности психотерапевтического процесса:

1. Конгруэнтность (подлинность), т. е. соответствие переживаний врача его поведению.
2. Безусловная положительная оценка по отношению к пациенту — сердечность, уважение, симпатия, принятие пациента независимо от того, какие чувства у психотерапевта вызывают его поступки.
3. Эмпатическое восприятие — понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания.

С другой стороны, одним из основных технических приемов в психотерапии является конфронтация — предъявление пациенту или группе неосознаваемых или амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки. Конфронтация может проводиться в прямой (жесткой, вербальной) форме и вызывать у пациентов негативные переживания в виде злости, гнева, обиды, тревоги, растерянности. Неосознаваемый характер представлений способствует возникновению у пациента чувства несправедливости, представления о непонимании и неуважении со стороны врача. Следует также упомянуть в данной связи так называемые директивные методики психотерапии, в которых используется авторитет врача как специалиста для формирования взаимоотношений по типу руководства, в котором психотерапевту принадлежит непосредственная власть. Во всех перечисленных случаях нет оснований говорить о ка-

ком-либо нарушении границ в терапевтических отношениях, а следовательно, и прав пациента, если адекватным образом используются положения Закона об информированном согласии пациента на проведение психотерапии.

Важность этого принципа в психотерапии определяется основополагающей ролью личности врача в психотерапевтическом процессе. А. Косевска (1990) отмечает, что, являясь основной фигурой в психотерапевтическом контакте, врач опосредует его своими индивидуальными чертами, обусловленными возрастом, полом, опытом, особенностями характера, системой ценностей и определенной психотерапевтической техникой. Для эффективного лечения необходимо создание терапевтического альянса, основанного на доверительном контакте между пациентом и врачом. Вероятность успеха психотерапии очень велика, если при ее проведении поддерживаются взаимоотношения психотерапевта и пациента, основанные на их внимании друг к другу, взаимном уважении, симпатии, эмпатии, а также на взаимных обязательствах, откровенности участников терапии. В то же время известен такой феномен, как частая смена пациентом лечащего психотерапевта, в основе которого лежит непринятие пациентом позиции врача, неготовность осознавать истинные причины своего расстройства, несогласие с оценками своего поведения, искажение картины болезни, условная выгодность невротической симптоматики и т. д. В таком случае пациент начинает искать не того специалиста, который будет воздействовать на патогенетические основы расстройства, а того, который станет соглашаться с ним, оправдывать его и высказывать суждения, которые он хочет услышать, несмотря на неэффективность такого подхода.

В современном обществе мощным фактором, определяющим выбор врача, являются сложившиеся среди пациентов представления, а иногда и мифы о качествах, компетентности, авторитете специалиста. Иногда уход пациента от врача обусловлен неправильным выбором стиля взаимоотношений, ригидным поведением психотерапевта, его психологической некомпетентностью, личной несовместимостью пациента и врача, отсутствием согласия и понимания между ними. Также имеет значение отсутствие четкой системы информированности пациентов относительно учреждений, где можно получить психотерапевтическую помощь, а также относительно квали-

фикации специалистов, ее оказывающих. Мало кто из пациентов знает, что ВОП могут диагностировать психические расстройства и оказывать при них квалифицированную помощь.

Еще одним аспектом, затрудняющим реализацию права на выбор врача-психотерапевта, является недостаток специалистов в данной области медицины. Поэтому активное применение психотерапевтических методов в рамках деятельности ВОП сегодня особенно актуально. Оно способствует решению такой важнейшей задачи отечественного здравоохранения, как обеспечение населения качественной, доступной, квалифицированной и эффективной медицинской помощью.

Помимо реализации права на выбор врача пациент имеет возможность инициировать проведение консилиума либо проведение консультаций других специалистов. Функциональный характер невротических расстройств и отсутствие их значимых изменений в ходе нередко многочисленных обследований, снижение работоспособности, субъективно выраженные страдания пациента, значительно ухудшающие качество его жизни и увеличивающие его социальную дезадаптацию, нередко вызывают сомнение у пациента относительно правильности диагностики и лечения, в результате чего он стремится собирать и сопоставлять различные мнения специалистов.

С учетом перечисленных обстоятельств осуществление права на выбор врача в реальности сталкивается у многих пациентов с рядом сложностей:

- Во-первых, врачи соматического профиля нередко затрудняются в диагностировании психических расстройств и направляют «непонятных» больных к различным специалистам, не имеющим отношения к этим расстройствам, — и пациенты включаются в так называемый **«большой медицинский круг»**. Часто до начала оказания психотерапевтической помощи проходит длительное время, иногда годы, что приводит к утяжелению и хронизации состояния.
- Во-вторых, пациенты, имеющие ипохондрические, тревожные черты, фиксированные на самочувствии и ощущениях, испытывающие страх за свое здоровье, навязчивую боязнь какого-либо заболевания, нередко настаивают на проведении различных обследований, в том числе тех, которые далеко не всегда безопасны.

Важнейшей гарантией соблюдения прав пациента является сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, которая является продолжением реализации конституционного принципа о неприкосновенности частной жизни. Реализация данного принципа не зависит от того, обращался ли пациент по направлению другого медицинского учреждения или пришел самостоятельно, а также от формы собственности учреждения (частное или государственное). Также не имеет значения, обращался или не обращался пациент к врачу с просьбой держать в тайне какие-то сведения, заботится ли пациент об охране определенных сведений или относится к их разглашению безразлично. Уверенность пациента в сохранении конфиденциальности сведений, которые он сообщит психотерапевту, является фундаментом построения доверительных отношений в терапевтическом взаимодействии.

Сохранение врачебной тайны нередко связано с таким аспектом, как возможность получения помощи анонимно. Не всегда ощутима законодательная грань, когда психотерапевтическая помощь становится индивидуализированной. Объективные сложности возникают, например, при оказании семейной психотерапии, когда информация, раскрываемая врачу на индивидуальных встречах, должна быть сопоставлена с информацией, получаемой от других членов семьи. Хотя и здесь подразумевается необходимость сохранения тайны, достаточно сложно во всех случаях избежать косвенной передачи информации. Кроме того, врач, оказывающий психотерапевтическую помощь, иногда вынужден выступать в роли посредника и невольно передавать информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Поэтому важно заранее оговаривать с членами группы — участниками в проведении терапии тот объем информации, который может быть передан, даже при наличии риска, что ограничение доступности информации по желанию одного из пациентов может привести к снижению эффективности терапии.

В групповой психотерапии информация о жизни и состоянии пациента становится известна не только врачу, но и всем членам группы, и, несмотря на принимаемое группой «правило конфиденциальности», может выходить за пределы внутригруппового общения.

Во время проведения психотерапии врачу часто становятся известны сведения о совершении правонарушения или о желании его совершения. Не всегда удается определить, подкрепляются ли эти сведения реальными событиями и планами или они существуют лишь в фантазиях пациентов. Решение врача сообщить или сохранить в тайне эти сведения становится непростой этической и правовой дилеммой.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, под которым понимают добровольное, компетентное принятие пациентом предложенного варианта лечения, основанного на получении им полной, объективной и всесторонней информации относительно предстоящего лечения, его возможных осложнений и альтернативных методах лечения. Информированность подразумевает под собой предоставление врачом перед проведением психотерапии пациенту информации о сути и содержании применяемого метода. Однако, учитывая состояние пациента, страда-ющего психическим расстройством (тревога, депрессия, раздражительность, паранойяльность), а также необходимость преодоления сопротивления, недостаточную информированность населения вообще о психотерапии, невозможность за короткое время полно и всесторонне донести до пациента суть психотерапевтического воздействия и ряд других факторов, часто не удается добиться в полной мере реализации данного требования.

Добровольность принятия решения тоже может быть ограничена. В законодательных актах прямо перечислены основания недобровольного оказания медицинской помощи. В то же время пациенты, нуждающиеся в психотерапии, часто имеют нарушения в системе отношений с окружающими. В тех семьях, для которых характерно наличие симбиотических связей или имеется зависимое положение пациента, решение о необходимости лечения часто принимают родственники больного, а сам он, не желая обращаться за помощью, вынужден с ними соглашаться. В результате может отсутствовать мотивация пациента на сотрудничество и лечение, что приводит к тщетности усилий врача, оказывающего психотерапевтическую помощь. В других случаях пациент перекладывает решение о предстоящем лечении на врача, поскольку в силу своих личностных особенностей, инфан-

тильности, неуверенности в себе, обусловливающих трудности принятия решений, нуждается в патерналистском отношении врача. В случаях с пациентами, характеризующихся истероидным радикалом или имеющих иные личностные расстройства, такое поведение может носить манипулятивный характер.

Кроме того, в области психотерапии существуют методики, суть и эффективность которых зависит от возможного представления пациента об этой процедуре как о несоответствующей реально востребованному результату. Например, внушение неприятных последствий в результате употребления спиртосодержащих продуктов может подобным образом восприниматься больным алкоголизмом. Сюда же можно отнести примеры использования психотерапевтической методики «Маска», упоминание о которой впервые встречается в 1924 г. в лекциях выдающегося психоневролога Флексинга. Данная методика основана на косвенном внушении и применяется при фиксированных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Сообщая пациенту о методах лечения, врач должен дать разъяснения, планируется ли применение лекарственных препаратов, каковы их механизмы воздействия, возможны ли побочные явления. Учитывая общепринятую настороженность в отношении психофармакологических препаратов, тревожность, ипохондрическую настроенность большей части больных, данные разъяснения могут вызвать отказ от необходимого лечения или способствовать обману врача относительно факта приема и количества принимаемого лекарства.

Формы выражения информированного согласия пациента на психотерапию как на вид медицинского вмешательства сводятся к двум вариантам — устному и письменному. С одной стороны, устное согласие занимает меньше времени, способствует большей доверительности между врачом и пациентом, с другой, возрастают трудности в доказательстве информирования или его отсутствия при судебных разбирательствах. Приходится учитывать нарушения личностных особенностей пациентов, часть которых склонна к конфликтности, сутяжничеству, манипуляциям, искажению в свою пользу хода событий и оценок. Поэтому, несмотря на отсутствие в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»

положения об обязательности письменной формы согласия на медицинское вмешательство, данный его вариант более предпочтителен. Статья 11 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» легально закрепляет необходимость письменного согласия.

Законным правом пациента является его отказ от медицинского вмешательства. Нередко подобный отказ может приводить к отрицательным последствиям для состояния здоровья пациента, например при резкой отмене больших доз медикаментозных препаратов, часто опасной для здоровья. Поэтому врачом должны быть подробно разъяснены возможные последствия отказа. Отказ должен быть дан обязательно в письменной форме.

Нередко возникают ситуации, когда пациент формально не отказывается от предложенного лечения, но и не соблюдает режим лечения и фактически не выполняет назначения врача. В индивидуальной психотерапии отказ возможен в результате конфронтации и выраженного сопротивления пациента, что должно скорее являться фокусом психотерапевтической работы, поэтому в ряде случаев оправданы попытки врача удержать пациента от отказа. Отказ от психотерапии может быть обусловлен не всегда осознанным желанием пациента с нарушенной системой отношений проверить, насколько он небезразличен врачу и убедиться, что его поведение и переживания замечены.

В некоторых видах групповой психотерапии могут использоваться так называемые закрытые группы, когда предполагается получение предварительной договоренности с пациентом о том, что он не должен прерывать работу в группе до окончания группового процесса. В таких случаях часто при низкой толерантности пациента к стрессовым факторам, связанной с характером расстройства, возрастающим напряжением, обусловленным несовпадением ожиданий пациента с реальной групповой ситуацией и позицией врача или неприятной для него оценкой себя и своего поведения другими участниками группы, пациент заявляет о выходе из группового взаимодействия. В результате нарушения групповой динамики это может приводить к неблагоприятным последствиям как для самого пациента, так и для других пациентов.

Еще одним законодательно закрепленным принципом является получение пациентами информации о своих правах, а также в до-

ступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств. Трудности в реализации этого права заключаются в неосознаваемом характере расстройств, поэтому такого рода сообщения могут вызывать неприятие, обиду пациента и выраженное сопротивление. Выбор доступной формы и учет психического состояния пациента при сообщении ему медицинской информации — вопрос врачебной этики и зависит от искусства врача. Врач должен оценить вероятность ухудшения состояния пациента вследствие сообщения ему информации, а для этого нужно хорошо представлять особенности реагирования пациента, для выяснения которых требуется длительное время. Пациент имеет право ознакомиться с медицинской документацией, но прочтение, например, данных о своем психическом состоянии явно не всегда может способствовать сохранению доверительных отношений между врачом и пациентом и установлению терапевтического контакта. Наличие непонятных медицинских терминов в записях о результатах обследования может способствовать усилению тревоги, беспокойства.

Таким образом, при оказании психотерапевтической помощи пациенту должны предоставляться все права, которые предусмотрены общемедицинским законодательством, однако существуют ситуации, возникающие в результате проявления личностных особенностей и характера расстройств у пациента, применения специфических психотерапевтических методов и приемов, когда возникает режим «временного ограничения прав». В настоящее время актуальна необходимость нормативно закрепить правовые гарантии соблюдения прав пациента и его личностной безопасности, к которым в том числе могут относиться высокий профессиональный уровень ВОП, оказывающих психотерапевтическую помощь, отбор разрешенных методик, основанный на научно-методологической оценке, возможность принятия комиссионных решений, строгое соблюдение принципа информированного согласия и др.

Этические нормы и принципы в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании

Этические нормы являются проявлением социальных норм, т. е. правил поведения, которые складываются на основе общественных ценностей в процессе взаимодействия индивидов и групп и признаются обществом. Исторически этические нормы имели большое значение в регулировании отношений между пациентом и врачом. Можно сказать, что до последнего времени они являлись чуть ли не единственным регулятором этих отношений. Отношения между медицинской этикой и медицинским правом весьма тонки и отражают общие взаимоотношения между моральной интуицией сообщества и законами.

Право включает в себя механизм принуждения со стороны государства. Этика допускает только методы морального воздействия (осуждение, одобрение, общественная поддержка и др.), отражается и закрепляется в господствующих в обществе идеалах добра и зла. В то же время этикой и законодательством регулируется один и тот же круг вопросов, например права и обязанности договаривающихся сторон (врачей, пациентов, общества в целом) по отношению друг к другу, условия оказания и получения врачебной помощи и качество этой помощи, сроки, размеры и порядок вознаграждения за труд и др. Законы и этика не исключают, а дополняют друг друга. Этика во многом опережает законы. Правовое закрепление получают сложившиеся и опробованные в обществе этические нормы.

Медицинская этика представляет собой исторически сложившийся комплекс или систему моральных (нравственных) представлений, взглядов, традиций и норм, относящихся к биологии и медицине, т. е. к сфере и проблемам изучения, познания и защиты жизни и здоровья человека.

Более 25 веков в европейской культуре формировались и изменялись моральные принципы и правила, определявшие существование

медицины. Различные нравственные регуляторы на разных этапах развития общества (религиозные, культурные, этнические, социально-экономические) влияли на формирование этических моделей в медицине. С учетом всего многообразия нравственного врачебного опыта можно выделить следующие сосуществующие этические модели:

- Модель Гиппократа (принцип «не навреди»).
- Модель Парацельса (принцип «делай добро»).
- Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).
- Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).

Исторические особенности и логические основания каждой из моделей определяли становление тех моральных принципов, которые составляют ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Модель Гиппократа. Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократа (460–377 гг. до н. э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др.

Практически отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Она рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества. Речь идет:

- об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками;
- о гарантиях непричинения вреда, оказания помощи, проявления уважения;
- об отрицательном отношении к убийству и эвтаназии, абортам;
- об отказе от интимных связей с пациентами;
- о врачебной тайне.

Модель Парацельса. Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношений врача и пациента, сложившееся в Средние века. Особенно полно ее удалось выразить Парацельсу (1493–1541). Это форма врачебной этики, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как состав-

ляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если благодаря модели Гиппократа завоевывается доверие со стороны личности пациента, то модель Парацельса — это учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в терапевтический процесс. В границах модели Парацельса в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента.

В конце XIX — начале XX в. S. Freud десакрализировал патернализм и констатировал либидинозный характер взаимоотношений врача и пациента. Его понятия переноса и контрпереноса являются средством теоретического осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. S. Freud полагал, что всякий психотерапевт, а деятельность врача любой специальности включает в себя психотерапевтический компонент, должен быть безупречным, особенно в нравственном отношении.

Деонтологическая модель. Впервые термин «деонтология» (*deontos* — должное, *logos* — учение) ввел английский философ Bentham (1748–1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности, нравственном совершенстве и безупречности. Деонтология особенно важна в той сфере профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. В медицине — это соответствие поведения врача определенным этическим нормативам. Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики.

Биоэтика. В 60-х – 70-х гг. XX в. формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Термин «биоэтика» (этика жизни) был предложен Van Rensselaer Potter в 1969 г. Он раскрывается как «систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается

в свете моральных ценностей и принципов». Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики — вопроса об отношении врача и пациента, об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в новых типах взаимоотношения врача и больного — информационный, совещательный, интерпретационный типы являются по-своему формой защиты прав и достоинства человека.

Биомедицинская этика опирается на 4 основных принципа:

1) автономия;
2) непричинение вреда;
3) благодеяние;
4) справедливость.

Биомедицинская этика опирается на 5 этических норм:

1) правдивость;
2) приватность;
3) конфиденциальность;
4) лояльность;
5) компетентность.

Биомедицинская этика опирается на вытекающие из указанных принципов и норм этические стандарты поведения врача, которое может быть разным, поскольку оно представляет собой решение конкретных этических задач (этический выбор) в конкретной этической проблемной ситуации.

Современной формой является биомедицинская этика, сосуществующая в режиме всех четырех исторических моделей — моделей Гиппократа и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики.

Стремительное развитие медицины, появление новых технологий, расширение возможностей воздействия на человеческую жизнь, осознание целостности организма и личности привели к разработке медицинскими сообществами современных этических принципов и правил.

В 1948 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) приняла Женевскую декларацию, в которой подтверждается приверженность принципу конфиденциальности врачебной деятельности: «Я буду

уважать секреты, которые доверяются мне, даже после того как пациент умрет». Требование к врачу — не допускать, чтобы соображения религиозной, национальной, партийной, политической принадлежности или социального положения препятствовали ему выполнять свой долг в отношении пациентов.

В 1949 г. ВМА приняла Международный кодекс медицинской этики, в котором, в частности, признавались неэтичными:

- любое саморекламирование врача без одобрения профессионального врачебного сообщества;
- участие врача в медицинском обслуживании, если при этом он не обладает профессиональной независимостью;
- получение любой суммы денег помимо соответствующего профессионального вознаграждения.

В Кодексе также говорится, что любое действие или совет, которые могут ослабить физическую или психическую устойчивость человека, можно использовать только в его интересах; что врач должен утверждать или свидетельствовать лишь то, что он лично проверил; что при обнародовании новых методов лечения врач должен соблюдать величайшую осторожность, и т. д.

Дальнейшее развитие Международный кодекс медицинской этики получил в результате принятия на Всемирных медицинских ассамблеях, организованных ВМА, таких исторических документов в области медицинской этики, как Хельсинкская декларация (1964), развивающая идеи Нюрнбергского кодекса 1947 г., Лиссабонская декларация (1981) о правах пациента, Венецианская декларация (1983) о терминальной стадии болезни и ряд других.

В области психического здоровья постоянный Этический комитет Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в последние годы также активизировал свою деятельность, уделяя большое внимание разработке этического кодекса для психиатров.

В 1996 г. на X Конгрессе ВПА была принята Мадридская декларация, которая наметила этические ориентиры в новых ситуациях, ставших актуальными со времени принятия Гавайской декларации в 1977. Она представляет собой этические принципы, которым должны следовать общества — члены ВПА, и включает рекомендации по поведению психиатров и отношению к эвтаназии, пыткам, смерт-

ной казни, смене пола и трансплантации органов. После Всемирного конгресса 1996 г. Этический комитет ВПА приступил к разработке новых этических рекомендаций, учитывая пожелания национальных психиатрических обществ. Так были подготовлены проекты этических рекомендаций, в том числе и в отношении психотерапии, которая представляет собой важный способ лечения душевных заболеваний: и как компонент всякого медицинского вмешательства, и как специфический вид терапии при некоторых расстройствах.

Основной движущей силой при оказании психотерапевтической помощи, имеющей значительно большее значение по сравнению с медицинскими направлениями, являются взаимоотношения между врачом и пациентом. Именно интерперсональный характер их взаимодействия определяет важное значение этических норм. Правовое регулирование далеко не всегда может разрешить все сложные аспекты психотерапевтических отношений, возникающих при оказании медицинской помощи. Однако законодатель, учитывая необходимость этического регулирования, ставит в статье 19 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» этические и правовые нормы на один уровень, определяя, что деятельность врача и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи «основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом». Ряд базовых этических требований содержится и в клятве врача, которая в качестве ст. 60 помещена в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Важным положением данной статьи является юридическая ответственность врача за нарушение клятвы.

В этическом кодексе Канадской медицинской ассоциации записано: «Врач добросовестно избегает использования взаимоотношений врач–пациент для удовлетворения своих эмоциональных, финансовых и сексуальных потребностей». В кодексе медицинской этики Американской медицинской ассоциации (пересмотр 2001 г., раздел 8.14) зафиксировано: «Сексуальный контакт, который сопутствует взаимоотношениям врач–пациент, считается неправомерным сексуальным поведением». В Великобритании этические правила о границах включают в себя обязанность «избегать злоупотребления своим положением врача», «не использовать свою профессиональную должность для того, чтобы устанавливать либо доби-

ваться сексуальных или неправомерных отношений с пациентом или с кем-нибудь из его близких».

На 4-й конференции Ассоциации врачей России в 1994 г. был утвержден **«Этический кодекс российского врача»**. В документе зафиксированы такие этические принципы, как:

- профессиональная компетентность врача;
- недопустимость причинения вреда;
- запрет на злоупотребление врачом своим положением и знаниями;
- ответственность врача за качество оказываемой помощи;
- обязанность уважать права пациента;
- обязанность соблюдать моральные правила в общении с коллегами.

Предполагается, что ответственность за нарушение профессиональной этики определяется уставами территориальных и профильных ассоциаций врачей. Но если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положения действующего законодательства Российской Федерации (как, например, разглашение врачебной тайны), врач несет ответственность по закону. В то же время, подчеркивая моральный внутриличностный характер понимания и применения этических норм, в кодексе отмечается, что первый судья врача — собственная совесть. Второй — медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами.

Роль этического поведения особенно значима в профессиональной деятельности ВОП, поскольку именно он становится для пациента первым специалистом, выявляющим его расстройство, узнающим личные особенности и жизненные трудности, что обусловлено характером их взаимоотношений и спецификой возникающих при этом моральных проблем. Лечение пациентов, включающее в себя оказание психиатрической и психотерапевтической помощи, располагает мощными средствами воздействия на человека и потому этические вопросы в этой области оказываются объектом пристального внимания со стороны общества.

Несомненно, что ВОП, оказывая пациенту различные виды медицинской помощи, в том числе психиатрическую и психотерапевтическую, должен в своей работе соблюдать этические нормы, от-

носящиеся не только к медицине в целом, но и специально разработанные в данных областях.

В целях совершенствования этических норм в области психиатрии в нашей стране психиатрами в содружестве с психологами, юристами и философами разработан **«Кодекс профессиональной этики психиатра»**, утвержденный Пленумом правления Российского общества психиатров в 1994 г. В соответствии с Кодексом, главным направлением профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи всякому нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению психического здоровья населения.

Основные положения Кодекса:

- профессиональная компетентность врача-психиатра — его специальные знания и искусство врачевания являются необходимым условием психиатрической деятельности;
- психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь врача: «прежде всего не вредить»;
- всякое злоупотребление психиатром своими знаниями и положением врача несовместимо с профессиональной этикой;
- моральная обязанность психиатра — уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов;
- психиатр должен стремиться к установлению с пациентом терапевтического сотрудничества, основанного на взаимном согласии и взаимной ответственности;
- психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации;
- психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну;
- при проведении научных исследований или испытании новых медицинских методов и средств с участием пациентов должны быть заранее определены границы допустимости и условия их проведения;
- моральное право и долг психиатра — отстаивать свою профессиональную независимость;

- во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт.

Ответственность за нарушение «Кодекса профессиональной этики психиатра» определяется Уставом Российского общества психиатров.

На X Всемирном психиатрическом конгрессе в Мадриде (1996) было принято решение разработать примерный кодекс этических стандартов в психиатрии, на основе которого национальные психиатрические службы могли бы создавать аналогичные кодексы в своих странах с учетом социальных, экономических и других особенностей этих стран. Многие положения российского Кодекса легли в основу этого международного документа.

В области психотерапии существуют «Кодекс психоаналитической этики национальной федерации психоанализа», «Кодекс профессиональной этики гештальт-терапевта», «Этические правила европейской ассоциации телесных психотерапевтов», «Этические рекомендации международного центра позитивной психотерапии», «Этический кодекс психотерапевтов и психологов города Тольятти», «Деонтологический кодекс», «Этические стандарты психологов» и др.

Практически во всех этих кодексах особое внимание уделяется недопустимости применения лечебных процедур, в отношении которых не существует специальных показаний и доказательств их эффективности и безопасности. Эффективность и безопасность психотерапии должна оцениваться точно так же, как и эффективность и безопасность любого другого лечения в медицине, т. е. должны существовать критерии показаний, эффективности, безопасности и контроля качества проводимого лечения. Для этого, с одной стороны, необходимо специальное обучение в области психотерапии, включающее теоретические и практические аспекты. Хотя на практике обучение зачастую превращается в демонстрацию конкретных приемов и техник, заимствованных из различных моделей и часто не сочетающихся или даже противоречащих друг другу. Однако именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «отклонение», определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют осознанно их осуществлять, а также создают

базу для профессиональной подготовки психотерапевтов. Поэтому необходимы специальные механизмы для оценки квалификации специалистов и для избегания формализации этого процесса, как часто происходит в реальности. Эти механизмы должны носить многоуровневый характер. Это могут быть, например, утвержденные программы обучения, квалификационные комиссии, этические комитеты, институт супервизии.

С другой стороны, необходим перечень разрешенных к использованию психотерапевтических методов, который должен не только утверждаться в установленном порядке, но и проходить оценку научным сообществом и этическими организациями.

Еще одной важнейшей этической проблемой при оказании психотерапевтической помощи является опасность нарушения границ в отношениях с пациентами с целью получения личной, сексуальной, финансовой, академической или профессиональной выгоды. К сожалению, научных исследований в этой области крайне мало. В англоязычных странах большее внимание уделяется нарушению сексуальных границ между психотерапевтом и пациентом, поскольку одним из видов ответственности в этом случае служит аннулирование лицензии и запрет на право заниматься психотерапевтической деятельностью, и эта проблема более часто представлена в эмпирических исследованиях. Однако это далеко не единственный вариант искажения межличностных отношений между специалистом и пациентом.

Нарушение границ следует понимать как любое нарушение безопасности взаимоотношений между пациентом и врачом. Сюда также может относиться чрезмерное самораскрытие врача перед пациентом и сокращение межличностной дистанции в общении, отношения, выходящие за рамки терапевтического контакта (деловые, личные, финансовые и т. д.), формирование и использование зависимости пациента от психотерапевта.

Серьезные нарушения границ неэтичны, а во многих странах признаются противозаконными.

Ситуацией, на решение которой оказывают влияние транскультурные различия, являются денежные взаимоотношения пациента и психотерапевта. На Западе продолжение психотерапии после окончания оплаты не только не принято, но и считается грубым нарушением терапевтических границ, причем не имеет значения причина

финансовых затруднений пациента (сложная жизненная ситуация, потеря работы, зависимость от заработка других членов семьи, растрата, потеря денежных средств). В России, по данным специальных исследований, в менталитете врача определяющее значение имеют противоположные моральные нормы, социально одобряется оказание помощи нуждающемуся в ней человеку.

Во взаимоотношениях между врачом, оказывающим психотерапевтическую помощь, и пациентом постоянно возникают этические проблемы и вопросы, ответы на которые далеко не всегда можно найти в законах или этических кодексах. Важное значение имеют внутренние представления и ценности самого врача, его понимание норм морали и нравственности, личностная зрелость и ответственность. Поэтому становится важным профессиональный отбор в эту специальность, образование, включающее в себя знание моральных, правовых принципов и общественный, профессиональный и государственный контроль за лицами, оказывающими психотерапевтическую помощь. Большую роль в этом должны играть профессиональные сообщества и этические комитеты. Однако несомненно, что для реального, действенного контроля общество должно иметь не только правила, но и детально разработанные санкции за нарушения этих правил (например, официальное предупреждение, приостановление и отзыв сертификата, отказ в праве заниматься психотерапией и др.).

Особенности гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи

Помимо нормативно-правовых актов, осуществляющих регулирование оказания медицинской помощи в рамках общественного здравоохранения и рассчитанных на широкий круг лиц, в последнее время все большее место, особенно при оказании платных услуг, отводится договорным отношениям, позволяющим в индивидуальном порядке определять характер помощи пациенту, взаимные права между ним и врачом.

В Постановлении Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» указывается, что предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Договор — это универсальный вариант регулирования отношений, где есть возможность отразить все необходимые данные о правовом статусе участников. В качестве конкретного вида гражданско-правового договора, связанного с оказанием медицинской помощи, используется договор возмездного оказания услуг, предусмотренный ст. 779 Гражданского кодекса Российской Федерации, в соответствии с которой «исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги».

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. № 30 в Перечень работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности включены услуги по психотерапии.

Специфика оказания медицинских услуг заключается в том, что осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований и условий влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. Под гру-

бым нарушением понимается невыполнение лицензиатом требований и условий, предусмотренных пунктом 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 г. № 30:

- наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;
- наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, — соискателя лицензии (лицензиата) — высшего профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;
- наличие у индивидуального предпринимателя – соискателя лицензии (лицензиата) высшего профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;
- наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);
- соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;
- обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняе-

мых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам).

Все это в полной мере относится и к использованию методов психотерапии ВОП как одному из видов медицинских услуг. Пациент, обращающийся за платной психотерапевтической помощью в учреждение, имеющее право на ее оказание, заключает договор об оказании медицинских услуг. Такой договор должен содержать наименование сторон — лечебное учреждение и нуждающийся в психотерапевтической помощи человек; предмет договора — проведение психотерапии, срок; финансовые обязательства сторон — порядок, формы, способы, время оплаты; ответственность сторон, как пациента, так и врача; срок действия, порядок изменения условий и расторжения договора, дополнительные условия и юридические адреса сторон.

При оказании психотерапевтической помощи, учитывая высокую роль индивидуальных факторов, значение личностей пациента и врача, специфику терапевтических задач, возникает необходимость более подробно определять правила взаимодействия, цели, роль и ответственность каждого участника психотерапевтического процесса. Для этих целей во многих направлениях психотерапии существует понятие «психотерапевтического контракта», заключение которого между лечащим врачом и пациентом является одной из стадий психотерапевтического процесса. Естественно, этот термин с правовой точки зрения некорректен, но он традиционно используется в психотерапии, чтобы подчеркнуть специфический характер добровольно принятых взаимных правил, позволяющих решать многие организационные и терапевтические задачи взаимодействия пациента и врача, оказывающего психотерапевтическую помощь.

«Психотерапевтический контракт» — это ясно сформулированное соглашение между пациентом и врачом о совместной работе, цель которого — определить границы и организационную структуру взаимодействия, нормы безопасности и взаимную ответственность (Карвасарский Б. Д.). В таком виде это определение полностью соответствует требованиям ст. 420 Гражданского кодекса Российской Федерации: «Договором признается соглашение двух или более лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей». Однако приравнивать «психотерапевтический контракт» к договору оказания медицинских услуг было бы неверно.

Каждый из них, регулируя в чем-то сходные элементы взаимоотношений, выполняет свои задачи. Сложности в их соотношении возникают тогда, когда в «психотерапевтический контракт» включаются правила, которые значительно повышают ответственность пациента за эффективность лечения, устанавливают для него ряд требований, соблюдение которых не предусмотрено нормативными документами. В этом случае они носят терапевтический характер, ведь формирование адекватных стереотипов поведения, в которые также входит умение принимать решения, оценивать их последствия и нести ответственность за свое поведение, является одной из основных психотерапевтических целей.

Согласно требованиям Гражданского кодекса Российской Федерации, договор об оказании медицинских услуг может заключаться как в устной, так и в простой письменной форме. По общему правилу, несоблюдение простой письменной формы сделки лишает стороны права в случае спора ссылаться в подтверждение сделки и ее условий на свидетельские показания, но не лишает их права приводить письменные и другие (вещественные) доказательства и не влечет недействительности заключенной сделки. Сегодня из соображений взаимной безопасности практически все медицинские учреждения стремятся заключать договоры в письменной форме.

«Психотерапевтический контракт» не имеет жестких требований и может заключаться в различных формах и варьироваться по содержанию. Чаще врач, оказывающий психотерапевтическую помощь, и пациент обсуждают вопросы взаимодействия в устной беседе, где постепенно устанавливают правила взаимодействия.

Содержание «психотерапевтического контракта» может быть различным для каждого пациента, поскольку ориентируется на его индивидуальные особенности, симптоматику, внутриличностные проблемы. Некоторые специалисты стремятся письменно закрепить результаты такого обсуждения, чтобы иметь возможность обращаться к ним во время достаточно длительной работы или при возникновении спорных, конфликтных ситуаций. Заключение «психотерапевтического контракта» также может происходить в виде целенаправленного обсуждения его положений во время 1–2 сессий с объяснением пациенту, что это за договор, какова его роль, и четко вербально закрепляя его достижение. В других же случаях оговариваются лишь отдель-

ные правила и специально не акцентируется внимание пациента на них как на контракте.

Особенность заключений договорных отношений в медицине проявляется в том, что лечебное учреждение, врач оказывают определенные услуги по предоставлению определенного набора действий, но не гарантируют наступления заранее спланированных последствий в виде излечения пациента или значительного улучшения его состояния. При оказании психотерапевтической помощи это положение имеет важное значение, поскольку эффект работы зависит не только от усилий и компетентности врача, но и от личностных, интеллектуальных особенностей пациента, его мотивации, характера и выраженности изменений, его социальной и жизненной ситуации.

Одним из условий как гражданско-правового договора на оказание медицинских услуг, так и «психотерапевтического контракта» является срок (длительность) оказания психотерапевтической помощи, хотя он и не всегда поддается точной оценке. В психотерапевтической деятельности определение срока лечения во многом зависит от целей, которые определяются на начальном, диагностическом этапе работы. Но дело не только в том, что прогнозировать темп работы с отдельным пациентом достаточно трудно, но и в том, что психотерапия не всегда завершается тогда, когда достигнуты изначальные цели. Некоторые пациенты, добившись намеченных результатов, решают перейти к разрешению других проблем или добиться более глубокого самопонимания, а некоторые решают остановиться на более скромных достижениях, чем предполагалось вначале.

Психотерапевт может предложить три целевые стратегии психотерапии:

1) реконструкция внутреннего мира личности пациента — коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения, а также выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения;
2) реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением, решение актуального жизненного конфликта, улучшение межличностного функционирования;
3) непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга.

Если первая стратегия требует длительной, глубокой и трудной, но дающей кардинальные и стабильные результаты психотерапевтической работы, точный срок которой определить затруднительно и приходится говорить о нескольких месяцах, а иногда и годах, то третью можно осуществить за короткое время и достаточно эффективно, поэтому существует возможность точно определить количество встреч, но она часто приводит к временным и нестабильным результатам.

При заключении «психотерапевтического контракта» пациент должен иметь право самостоятельно принять решение, как тратить свое время, силы и деньги для борьбы с болезнью, выбрать с помощью врача соответствующую стратегию психотерапии, понять ее суть и методы.

Также определяются организационные аспекты работы — как часто врач встречается с пациентом, какова продолжительность этих встреч, оговариваются последствия неприхода пациента на запланированную сессию, правила поведения в кабинете.

Важным представляется вопрос оплаты. Какова сумма оплаты, характер ее исчисления — за встречу, за определенное количество времени общения с психотерапевтом. Пациент может вносить оплату за одну встречу или за определенный курс, весь или частично. Решается вопрос, должен ли он оплачивать назначенную сессию, если не пришел на нее по личным причинам и не предупредил об этом врача, должен ли врач возвращать пациенту деньги и в каких случаях.

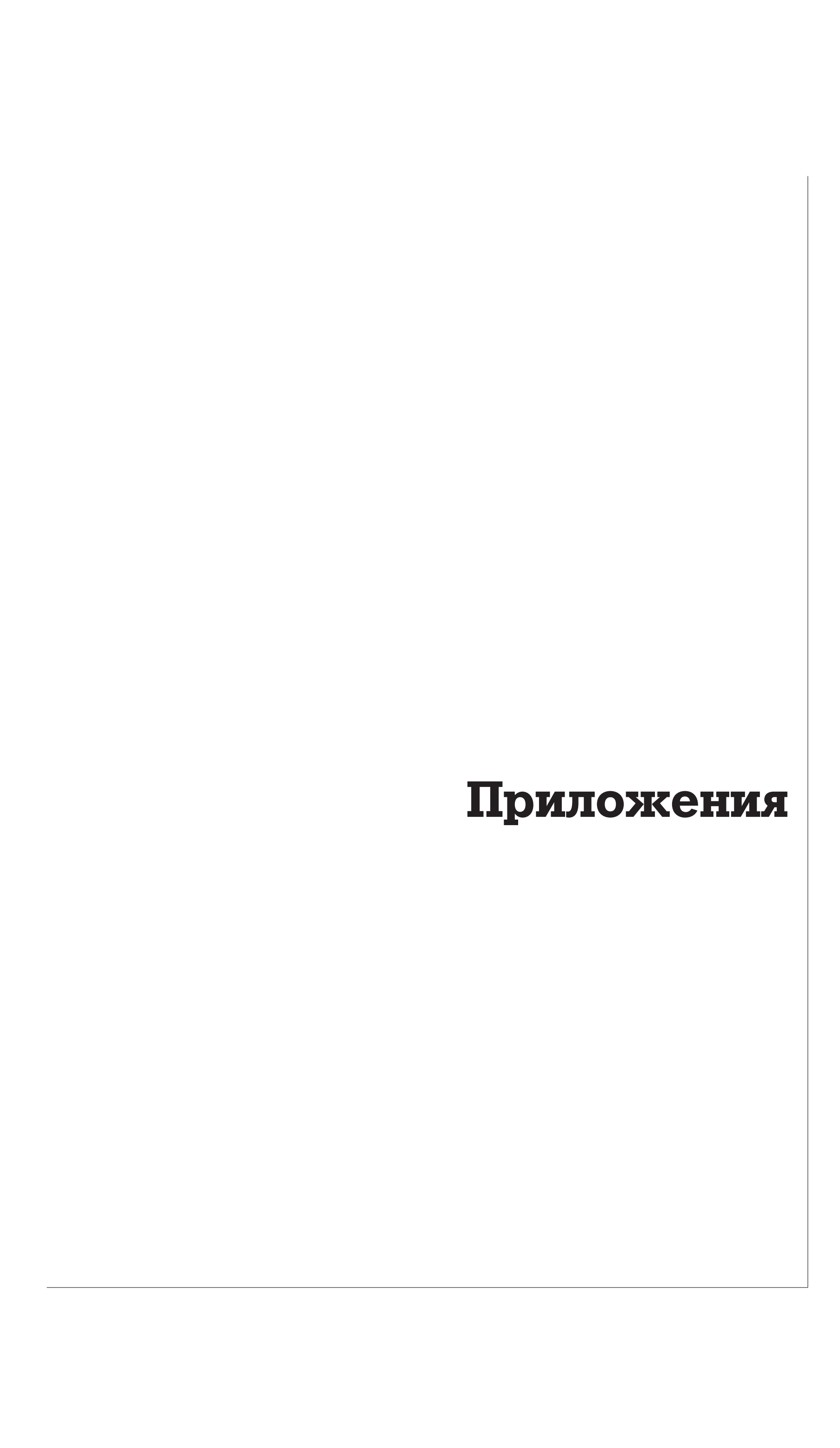
Эти же аспекты могут регулироваться и гражданско-правовым договором, но многие поведенческие и эмоциональные аспекты в этом случае оказываются за его рамками.

Юридическая природа договора об оказании медицинских услуг направлена в первую очередь на правовое регулирование отношений в системе лечебное учреждение — врач — пациент, четкое определение их прав и обязанностей, юридической ответственности. Благодаря использованию подобного рода отношений происходит не только гарантирование определенных прав пациентов, но и повышается заинтересованность врачей в качественном оказании медицинской помощи, в совершенствовании уровня своих знаний.

«Психотерапевтический контракт», кроме договорной роли, может быть рассмотрен с позиций оценки его психотерапевтической по-

лезности. Основными сферами действия его лечебных механизмов являются: когнитивная, эмоциональная и мотивационно-поведенческая. В когнитивной сфере важно предоставление пациенту информации, необходимой для сознательного и активного участия в терапии. Что касается учета лечебных механизмов в эмоциональней сфере, то пациент нередко нуждается не только в конкретной помощи и опоре, но и в своеобразном дружеском отношении. Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, важное для оптимального «психотерапевтического контракта», достигается обоюдным влиянием вербальных и невербальных средств коммуникации. В то же время контракт устанавливает определенные границы, которые легко перейти во время работы с пациентом. Лечебные механизмы мотивационно-поведенческой сферы заключаются в выяснении ожиданий пациента относительно лечения, характера мотивации к лечению, отношения к методам терапии. Обсуждение и согласование с пациентом задач психотерапии позволяет оптимизировать его мотивацию к лечению.

Таким образом, учитывая межличностный, многоплановый характер психотерапии, оценивая ее, с одной стороны, как способ лечения, медицинскую услугу, с другой — как сложно организованный, эмоционально окрашенный контакт врача и пациента, можно говорить о необходимости гармоничного сочетания договорных гражданско-правовых регуляторов и специфических психотерапевтических феноменов, определяющих основные параметры оказания психотерапевтической помощи и создающих гарантии ее безопасности.



Приложения

Приложение 1

Шифры заболеваний по Международной классификации болезней (10-й пересмотр), упоминаемых в руководстве

Агорафобия F 40.0
Агорафобия без панического расстройства F 40.00
Агорафобия с паническим расстройством F 40.01
Акцентуация характера Z 73.1
Алкоголизм F 10
Анорексия R 63.0
Анорексия нервная F 50.0
Аппендицит K 35
Арахноидит церебральный G 03
Артрит ревматоидный M 05
Астма F 54; J 45
Астма бронхиальная F 54
Атака паническая F 41.0
Атеросклероз коронарный I 25.1
Афазия R 47.0
Аэрофагия F 45.31
Бессонница F 51.0
Блефароспазм G 24.5
Болезнь гипертоническая I 10
Болезнь двенадцатиперстной кишки язвенная K 26
Болезнь желудка язвенная K 25
Болезнь сердца ишемическая I 20 — I 25
Боль головная R 51
Бред F 22.0
Бред ревности алкогольный F1x.5
Булимия нервная F 50.2
Галлюциноз алкогольный F1x.5
Гемблинг F 63.0
Гипертиреоз E 05
Гипотония артериальная I 195
Глаукома H 40

Горячка белая F1x.5
Деперсонализация F 48.1
Депрессия F 32
Депрессия невротическая F 32.0
Депрессия соматизированная F 32.8
Диабет сахарный E 10 — E 14
Дистимия F 34.1
Дистония вегетососудистая F 45.3
Дистрофия нервно-мышечная G 71.0
Дисфункция соматоформная вегетативная F 45.3
Диэнцефалит G 04
Инсульт I 64
Интернет-зависимость F 63.0
Интоксикация острая F1x.0
Инфаркт миокарда I 21
Истерия F 44
Колит язвенный K 51
Кривошея спастическая G 24.3; F 45.8
Криз вегетативный F 45.3
Ларингоспазм F 45.33
Лейкемия C 94.7
Нарушение пищевого поведения F 50
Нарушения развития F 90 — F 98
Неврастения F 48.0
Невроз навязчивых состояний F 42
Невроз обсессивно-компульсивный F 42
Неврозы органные F 45.3
Недостаточность сердечная I 50
Опухоль головного мозга C 71
Опьянение патологическое F1x.07
Панкреатит K 85
Параспазм лицевой G 24
Паркинсонизм G 20
Психоз инфекционный F 06.8
Психоз корсаковский F1x.6
Психоз маниакально-депрессивный F 31
Психоз острый травматический F 06.8
Психозы аффективные F 30 — F 39
Рак C 00 — C 97
Расстройства аддиктивные F 91
Расстройства дыхания невротические F 45.33
Расстройства желудочно-кишечные невротические F 45.31; F 45.32
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F 60 — F 69

Расстройства личности другие специфические F 60.8
Расстройства мочевыделения невротические F 45.34
Расстройства невротические F 40 — F 48
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления алкоголя F 10
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления галлюциногенов F 16
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин F 15
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления каннабиноидов F 12
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления кокаина F 14
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления летучих растворителей F 18
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления опиоидов F 11
Расстройства психические и поведенческие вследствие употребления психоактивных веществ F 10 — F 19
Расстройства психосоматические F 45.9
Расстройства психические и поведенческие в результате употребления седативных или снотворных средств F 13
Расстройства сексуальные F 52
Расстройства сердечно-сосудистой системы невротические F 45.30
Расстройства соматоформные F 45
Расстройство депрессивное рекуррентное F 33.9
Расстройство диссоциальное личности F 60.2
Расстройство диссоциативное (конверсионное) F 44
Расстройство ипохондрическое F 45.2
Расстройство личности ананкастное (обсессивно-компульсивное) F 60.5
Расстройство личности зависимое F 60.7
Расстройство личности истерическое F 60.4
Расстройство личности параноидальное F 60.0
Расстройство личности тревожное (уклоняющееся) F 60.6
Расстройство личности шизоидное F 60.1
Расстройство личности эмоционально неустойчивое F 60.3
Расстройство паническое F 41.0
Расстройство психотическое F1x.5
Расстройство смешанное тревожное и депрессивное F 41.2
Расстройство соматизированное F 45.0
Расстройство стрессовое посттравматическое F 43.1
Расстройство тревожное генерализированное F 41.1
Расстройство тревожно-фобическое F 40.9
Расстройство шизотипическое F 21

Рвота F 50.5
Реакция депрессивная кратковременная F 43.20
Реакция депрессивная пролонгированная F 43.21
Реакция на стресс острая F 43.0
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации F 43
Синдром амнестический F 1x.6
Синдром зависимости F 1x.2
Синдром обсессивный F 42.1
Склероз рассеянный G 35
Склонность патологическая к азартным играм F 63.0
Слабоумие F 70 — F 79
Сомнамбулизм F 51.3
Состояние отмены F 1x.3
Состояние отмены с делирием F 1x.4
Сотрясение головного мозга F 07.2
Статус эпилептический G 41
Стенокардия I 20
Суицид X 60 — X 84
Фобии социальные F 40.1
Фобия F 40.2
Холецистит K 81
Шизофрения F 20 — F 29
Эзофагоспазм F 45.3
Экзема L 30.0
Эклампсия O 15
Эндартериит облитерирующий I 73.0
Энцефалит G 04
Эпилепсия G 40
Эпилепсия височная G 40
Эпилепсия диэнцефальная G 40

Приложение 2

Методы психотерапии, которые могут использоваться ВОП (в дополнение к основным)

На первый взгляд предлагаемые виды психотерапевтической помощи могут показаться сложными для ВОП, знающего лишь основы психотерапии. Однако следует иметь в виду, что современные научные исследования подтверждают эффективность чаще всего именно этих методов психотерапии. Их преимущество заключается прежде всего в структурированности, определенности и практичности. Они реализуются в соответствии с этапами работы. На самом деле гораздо проще заниматься структурированной психотерапией, базирующейся на общеклинических и общепсихологических понятиях, чем на первый взгляд простой, неструктурированной психотерапией. Но именно последняя трудна для качественного применения, поскольку она предполагает наличие большого опыта и использование на его основе врачебной интуиции. Поэтому раньше часто психотерапию называли искусством. В настоящее время квалифицированные специалисты в основном полагаются на другое, то, что связано в психотерапии с возможностью точного распознавания, объективности, практичности применения, сокращения сроков, возможности проверки эффективности терапии. Такие методы позволяют врачу следовать определенной схеме, меньше испытывать колебаний в выборе. Нужно лишь освоить теоретические основы, определиться в характере проблем пациента, своих возможностях и быть последовательным. Направить пациента к узкому специалисту-психотерапевту никогда не поздно. К сожалению, для жителей и врачей многих регионов современной России это является более сложной задачей, чем оказание достаточно действенной помощи на месте.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

Психотерапевтический метод, разработанный Б. Д. Карвасарским, Г. Л. Исуриной, В. А. Ташлыковым (1985, 2006) и являющийся дальнейшим развитием учения В. Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии. По основным своим теоретическим положениям может быть отнесен к психодинамическому направлению.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия включает в себя:

1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой;
2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается прежде всего как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений;
3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

Первоначально цели и задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии формулировались следующим образом:

1) глубокое и всестороннее изучение личности больного; специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;
2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;
3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;
4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом;
5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии по сути, отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса — от изучения личности пациента и пациентом через осознание к коррекции нарушенных отношений личности — и фокусируют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах. Однако личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) — сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфике личностных нарушений, что, в свою очередь, определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного метода цели и задачи психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств.

С учетом 3 плоскостей ожидаемых изменений задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии более подробно могут быть сформулированы следующим образом:

Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

- связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;
- какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;
- связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;
- особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;
- как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;
- существующее рассогласование между собственным образом Я и восприятием себя другими;
- собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
- характерные защитные психологические механизмы;
- внутренние психологические проблемы и конфликты;
- более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования, начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;
- собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

Задачи интеллектуального осознания в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к 3 аспектам:

1) осознание связей «личность — ситуация — болезнь»;
2) осознание интерперсонального плана собственной личности;
3) осознание генетического (исторического) плана.

Первая стадия осознания, которая условно обозначается как «ситуация — личность — болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- получать эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;
- пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;
- пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
- научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;
- стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;
- научиться более точно понимать и принимать, а также вербализировать собственные чувства;
- раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);
- модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;
- произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта:

1) точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие;
2) переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта;
3) непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного;
4) формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
- приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
- преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с избежанием субъективно сложных ситуаций;
- развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;
- закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

- выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на 3 составляющих самосознания:

1) на самопонимании;
2) отношении к себе;
3) саморегуляции.

Общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой — и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация, понимаемая как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. В ходе индивидуалъной психотерапии «инструментом» обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее содержание, сколько отражает различные аспекты психологической реальности пациента, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях.

Корригирующий эмоциональный опыт (или корригирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная проработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента

более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента психотерапевтом способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия. Корригирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корригирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени проработать эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Психотерапевтическая беседа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации в реальной жизни.

В системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и проработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает и реаль-

ную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Условно можно выделить определенную последовательность в поведении психотерапевта в процессе индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. При первой встрече с пациентом он минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом его представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болезни у пациента, психотерапевт обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины невроза кроются не в органических изменениях, и уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет больному соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного. Постепенно в процессе обсуждения и проработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции болезни (эмоциональные факторы или патогенные ситуации — личностные позиции или отношения — потребности или мотивы — невротический конфликт — симптоматика). Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт снова увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведения.

В течение лечебного курса при использовании этого метода на всех его этапах постоянно осуществляются два взаимосвязанных психологических процесса — осознание и реконструкция отношений личности. Первый процесс — осознание, инсайт — заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного, связанном с необходимостью понимания им истинных источников собственных невротических расстройств; второй — реконструкция отношений личности — в соответствии со степенью осознания проявляется в коррекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Что же может осознать пациент в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии? Психотерапевт помогает больному осмыслить связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенными значимыми для него отношениями и возникновением невроза. Психотерапевт выступает здесь в роли проводника в познании больным своего внутреннего мира. На трудности этого пути указывал И. П. Павлов. «Надлежит, — писал великий физиолог, — отыскать вместе с больным, или помимо его, или даже при его сопротивлении среди хаоса

жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малейшего внимания».

В условиях личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психотерапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

В отличие от психоанализа, при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Самое главное и самое трудное при обсуждении заключается в том, чтобы помочь больному понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним конфликтом, в основе которого лежат его неадекватные отношения и малосовместимые потребности, вследствие чего он не способен разрешить свои проблемы. Конфликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи психотерапевт и помогает осознать больному. Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности больного не приводит; оно должно быть завершающим звеном процесса осознания, эмоционально насыщенного в своей сущности.

Глубина осознания может быть разноуровневой. Первый уровень может касаться понимания пациентом некоторых новых представлений о своем дезадаптивном поведении, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими больными, медперсоналом и психотерапевтом. Второй уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его невротического поведения. На этом уровне осознания больной не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. Третий уровень глубины понимания пациентом генеза своего невроза (особенно важно это бывает при невротических развитиях, требующих длительной психотерапии) связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе неправильно сформированных в ходе развития личности отношений. При анализе жизненной истории психотерапевту приходится обращать особое внимание пациента на развитие его чувств и форм поведения, начиная с детства, когда в силу условий воспитания могла формироваться неадекватность системы его отношений. В процессе психотерапии не всегда удается достичь всех указанных уровней. Что же способствует достижению осознания (инсайта), если такая цель ставится психотерапевтом? Во-первых, прогностически полезными могут быть такие свойства, как способность больного к самонаблюдению, психологическая настроенность на самоанализ, рефлексия, склонность к самораскрытию, достаточный уровень интеллекта. Психологическая настроенность и самораскрытие пациента могут повышаться в процессе психотерапии. Во-вторых, важны такие условия, как эмпатический подход психотерапевта, доверительность в контакте и катарсис, кроме того, обратная связь (восприятие себя в реакциях других).

Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее, ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Недостаточно адекватные вследствие «изъянов» развития личности отношения в определенных жизненных обстоятельствах могут быть не столько условием внешних и внутренних конфликтов, сколько причиной неспособности человека успешно решать эти конфликты. Именно эта неспособность и является основой развития невротических состояний. Задача психотерапии — путем реорганизации системы отношений сделать личность способной к разрешению трудностей. В отличие от рациональной и гипносуггестивной психотерапии, подобная психотерапия и может быть названа реконструктивной, так как реконструкция отношений личности — это главная и отличительная ее цель. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходят два процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем — во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента. Изменение отношений во внутрен-

ней структуре личности осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов — идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и поведения пациента. Как правило, она является следствием удовлетворяющего определенные потребности больного (например, в признании или опеке) контакта с психотерапевтом. Пациент пытается усвоить одобряемые психотерапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Обычно этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация в ряде случаев может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который осуществляется с помощью механизмов интернализации и интериоризации. Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия больного психотерапевтом, интенсивность и глубина процесса осознания, конструктивное использование конфронтации в системе психотерапевтических воздействий.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения пациента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением больного. Это сопротивление — реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациента. Представляя собой проявление психологической защиты, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения. Сопротивление больного проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной их проработки.

Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками бошного, как низкая мотивация к лечению, вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм.

Для оценки эффективности помимо других могут быть использованы клинико-психологические методики, приведенные в Приложении 3.

Метод интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств

Метод разработан в Институте им. В. М. Бехтерева, сочетает идеи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, описанной выше, и интерперсональной психотерапии G. L. Klerman и M. M. Weissman (1986, 1994). Основывается на межличностном подходе, единицей наблюдения и терапевтического вмешательства для которого является первичная социальная группа, не-

посредственное окружение пациента, его общение с наиболее значимыми для него людьми.

Использование при разработке нового метода техники интерперсональной психотерапии, направленной на улучшение межличностного контекста невротических нарушений, одновременно приводит к положительной динамике внутриличностного конфликта у больных неврозами, осознание и переработка которого обеспечивает относительно глубокие, устойчивые личностные изменения и в конечном итоге эффективность лечения.

Метод интерперсональной психотерапии первоначально был создан G. L. Klerman и M. M. Weissman для индивидуальной психотерапии. Однако в связи с современной тенденцией краткосрочных экономичных и эффективных психотерапевтических методов Е. А. Колотильщиковой (2004) был разработан и групповой его вариант.

При проведении краткосрочной интерперсональной психотерапии с учетом ее целей и задач должны учитываться следующие положения:

- введение ограничения во времени как терапевтический фактор;
- ограничение терапевтических целей;
- концентрация во времени на «здесь и сейчас»;
- директивный тип поведения психотерапевта;
- быстрая первичная диагностика;
- неотложное вмешательство;
- гибкость со стороны психотерапевта;
- эмоциональное отреагирование как важная часть психотерапевтического процесса;
- быстро устанавливаемые интерперсональные отношения как «терапевтический рычаг», ведущий к конструктивным изменениям;
- подготовка перед началом психотерапии и правильный отбор пациентов, так как не все они могут извлечь пользу из короткого терапевтического контакта.

При подборе пациентов для участия в психотерапии учитываются:

- наличие проблематики в сфере межличностного взаимодействия, а именно отнесение к определенным проблемным зонам;
- «межличностные конфликты», куда входят разногласия между супругами, детьми, родителями, друзьями, сотрудниками и т. д.;
- «смена социальной роли» — новая работа, развод, уход из семьи, переезд в новый дом, экономические и другие перемены в семье и другие смены социальной роли.

«Межличностный дефицит» — проблемная зона одиноких и социально изолированных людей:

- достаточный уровень мотивации к психотерапии и личным изменениям;
- наличие психологического дискомфорта, тревожности.

Метод краткосрочной интерперсональной психотерапии ориентирован:

- на достижение симптоматического улучшения у пациентов;
- на улучшение их эмоционального состояния;
- на улучшение социального функционирования;
- на понимание пациентами имеющихся у них проблем и повышение способности самостоятельного разрешения трудностей в будущем.

Целью предлагаемого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего в межличностной сфере. Данные изменения достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку интерперсональных проблем пациента (например, межличностных конфликтов) и коррекцию неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.

В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой непременный и центральный характер. Это влечет за собой снижение интенсивности невротической симптоматики. Наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики, в частности за счет улучшения отношения к себе (повышения самооценки). Тем самым получил подтверждение один из центральных пунктов теории психодинамической психотерапии относительно связи межличностных конфликтов и невротической симптоматики, межличностных и внутриличностных конфликтов.

Задачи психотерапии фокусируются в основном на двух составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Направленность на эмоциональный аспект (отношение к себе) менее выражена, чем при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, однако, как показывают проведенные исследования, показатели самоотношения пациентов также значительно улучшаются.

В познавательной (когнитивной) сфере пациент получает представление о мере своего участия в возникновении, повторении и продолжении своих конфликтных ситуаций, т. е. как он сам своим поведением и своим способом эмоционального реагирования способствует этому. При этом у него появляется возможность предотвратить повторение межличностных проблем, используя другое поведение. Таким образом, задача психотерапевта состоит в достижении интерперсонального осознания для того, чтобы пациент приобрел возможность формирования более адекватных форм поведения.

В сфере поведения пациент должен научиться корректировать свои неадекватные реакции и формы поведения с помощью применения различных приемов и техник.

Диагностический этап. На этом этапе большое внимание уделяется выявлению межличностного контекста невротического расстройства, особенно событиям, которые, являясь психотравмирующими, спровоцировали появление симптомов. Для больных неврозами из межличностных характерны конфликты в семейной и профессиональной сферах. Задача психотерапевта — получить наиболее полную картину характера социальных отношений и особенностей межличностных взаимодействий пациента и определить основные проблемные области. Во время предварительной беседы специально акцентируется внимание пациента на том, что много времени будет уделяться именно проработке межличностной проблематики. В задачу психотерапевта входит обязательное разъяснение пациентам, в том числе отобранным в группу, рабочего фокуса и целей краткосрочной интерперсональной психотерапии, ограниченной во времени. Пациентам сообщается, что занятия в индивидуальной психотерапии будут проходить 1–2 раза в неделю по 1 ч; в групповой форме — 5 раз в неделю по 1,5–2 ч в течение 4 недель.

В результате пациенты могут определить специфические проблемные области, в которых они ожидают изменений. В большинстве своем они имеют четко очерченные жалобы и эмоционально насыщенные, актуальные в настоящий момент проблемы, способны проявлять эмоциональные реакции во время оценочного интервью, имеют изначально высокий уровень мотивации, способность к самонаблюдению, реалистичные ожидания от процесса психотерапии и позитивные перспективы.

Содержание психотерапевтических мероприятий определяется формой психотерапевтического взаимодействия: психотерапевт — пациент в индивидуальной психотерапии и психотерапевт — группа пациентов в случае групповой психотерапии, при одинаковой направленности психотерапевтических воздействий.

В развитии психотерапевтического процесса достаточно четко очерчены его фазы:

1) фаза зависимого и поискового поведения;
2) фаза возникновения, обострения и разрешения конфликтов;
3) фаза формирования рабочих отношений с психотерапевтом;
4) фаза приобретения пациентами способности эффективно решать свои проблемы.

Первая фаза. Первая фаза групповой психотерапии (первая неделя) характеризуется пассивностью пациентов и высоким уровнем напряжения. В этой фазе с целью быстрого формирования групповой сплоченности, создания благоприятного эмоционального климата, способствующего самораскрытию, применяется ряд упражнений (вербальных и невербальных) с последующим обсуждением результатов проведенной работы.

В течение первой недели групповой психотерапевт активно участвует в работе группы, руководит ею и поддерживает пациентов. Последние реагируют на это положительно, они чувствуют себя понятыми, у них снижается тревога, быстро формируется терапевтический союз между психотерапевтом и пациентами.

Достигнув этих целей, психотерапевт прекращает активно руководить группой и переходит в позицию наблюдателя. Так начинается вторая фаза работы группы (конец первой недели).

Вторая фаза. Для второй фазы характерен высокий уровень напряжения в сочетании с более высокой активностью пациентов, специфика которой заключается, как правило, в наличии негативных эмоций по отношению к психотерапевту, а также в нарастании конфликтности между участниками группы. К этому времени, ориентированные исключительно на ведущего, они сталкиваются с ситуацией, когда ими уже не руководят, не говорят, что и как делать, о чем говорить. Недовольство членов группы таким развитием событий перерастает в агрессию против ведущего группу, который «не выполняет» своей прямой обязанности — не руководит работой группы. Именно такая резкая смена роли ведущего от активной, направляющей, несколько директивной позиции до пассивной, наблюдающей, провоцирует быстрый переход к выражению агрессивных чувств участниками группы по отношению к психотерапевту. Конструктивным разрешением этой кризисной фазы считается открытое выражение пациентами своих чувств и обсуждение в группе проблем, связанных с авторитетами, зависимостью, поисками поддержки, недостаточной самостоятельностью и ответственностью, неуверенностью.

Через фазу конфронтации с психотерапевтом участники группы не только сплачиваются, но и приходят к пониманию и принятию личной ответственности за свою жизнь, к пониманию того, что их выздоровление зависит во многом от их собственной инициативы и активности и никто за них не будет решать их проблемы.

Помимо нарастания напряженности в отношениях с ведущим обостряются конфликты и между участниками группы. Особое внимание ведущим уделяется обсуждению и анализу конфликтных интеракций между членами группового взаимодействия. Важным в этой фазе представляется проведение параллели между характером конфликтов в группе и в реальной жизни пациентов. Такой «чисто» эмоциональный феномен, как межличностный конфликт, вне анализа деятельностных взаимосвязей конфликтующих сторон понят быть не может. Поэтому необходимым для понимания механизмов возникновения внутригруппового конфликта становится изучение системы предметных взаимосвязей членов группы, основой которых служит социально обусловленное проблемно-целевое содержание их совместной деятельности.

Третья фаза. К концу второй недели начинается третья фаза, которая характеризуется процессом структурирования группы, формированием сплоченности, взаимопомощи и взаимоподдержки. В разработанном методе психотерапии эта фаза имеет свою специфику: короткая, она больше интеллектуальная, нежели эмоциональная. Воздействуя на когнитивные составляющие самопознания и понимания процессов, происходящих в группе, через проработку конфликтов внутри группы активизируется механизм трансформации норм применительно к новым условиям. Основными темами групповой дискуссии на данном этапе являются:

- темы доверия-недоверия;
- темы симпатии-антипатии участников группы, вскрытие их глубинных причин;
- исследование рассогласований между представлениями относительно потребностей друг друга;
- анализ ожиданий одного по отношению к другому.

Группа благодаря конструктивному разрешению внутри- и межличностных конфликтов модифицирует старые нормы и, помогая возникновению новых, создает основу для преемственности в новой ситуации. В результате обеспечивается более конструктивное взаимодействие между участниками, уменьшается изоляция, снижается напряженность и возникает почва для реализации индивидуальной активности каждого члена группы.

Таким образом, основной задачей этого этапа является выработка альтернативных, более адекватных способов взаимодействия через мобилизацию усилий членов группы на преодоление возникших трудностей.

Четвертая фаза. Четвертая фаза является «рабочей» фазой активно и целенаправленно действующей психотерапевтической группы. В этой фазе проводится работа, направленная на выяснение причин конфликтов, путей их разрешения через выработку адекватных способов поведения. Как правило, рассматриваются проблемы отдельного участника группы, остальные члены группы принимают активное участие в работе. В этой фазе психотерапевт применяет вспомогательные приемы и техники различных психотерапевтических школ и направлений. Например, наиболее часто используются элементы психодрамы, в частности разыгрывание ролевых ситуаций, элементы гештальт-терапии, поведенческой психотерапии. Все они направлены на выработку альтернативных решений определенных конфликтов, обучение более эффективным социальным навыкам, повышение осведомленности о потребностях и чувствах других людей. В каждом конкретном случае подбор технических приемов производится индивидуально, в зависимости от характера проблем каждого пациента.

Основной формой работы является групповая дискуссия. В основном используется интеракционная ориентация групповой дискуссии (особенно на первых трех этапах), направленная на анализ ситуаций и механизмов, связанных с функционированием группы, анализ группового взаимодействия. На четвертом этапе чаще применяется биографическая ориентация групповой дискуссии: отдельное занятие (чаще одно, иногда два) посвящено проблемам отдельного пациента, а именно конфликтным ситуациям, возникающим в отношениях с окружающими людьми, анализируются особенности поведения участника группы в реальной жизни, в группе.

Показания к использованию метода

1. Тревожно-фобические расстройства (агорафобия без панического расстройства и с паническим расстройством, социальные фобии, специфические (изолированные) фобии).

2. Другие тревожно-фобические расстройства (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство).
3. Реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации (посттравматическое стрессовое расстройство, кратковременная депрессивная реакция, пролонгированная депрессивная реакция, смешанная тревожная и депрессивная реакция).
4. Диссоциативные (конверсионные) расстройства.
5. Соматоформные расстройства (соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформные вегетативные дисфункции).
6. Другие невротические расстройства (неврастения).
7. Специфические расстройства личности (истерическое расстройство личности, шизоидное расстройство личности).

Противопоказания к использованию метода

Представленные ниже противопоказания являются относительными (абсолютных противопоказаний к использованию метода нет), их имеют:

1. Пациенты со страхом перед самораскрытием и сильной опорой на «отрицание» как форму психологической защиты.
2. Пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям.
3. Пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью.
4. Пациенты, которые, возможно, не смогут посещать все занятия.
5. Пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания, что является существенной частью любой группы.
6. Пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в группе и извлекать из этой работы пользу (например, те, которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).
7. Пациенты с острым психозом, тяжелой депрессией, с наркотической зависимостью, органическими повреждениями ЦНС.

Для оценки эффективности проведенного лечения могут быть использованы клинико-психологические методики, приведенные в Приложении 3.

Тренировка сопротивления стрессу (SIT)

Предложена D. Meeichenbaum (1985). В отечественной литературе известна как «прививка против стресса». Успешно используется при лечении различных больных, включая помощь жертвам тяжелых стрессов. Ее продолжительность колеблется от одного занятия (например, при подготовке тревожного пациента к неприятной или сложной процедуре) до нескольких десятков занятий (в случаях длительно сохраняющихся психических расстройств).

SIT не должна рассматриваться как жесткая модель, с помощью которой можно легко управлять стрессом. Ее применение требует анализа природы существующих проблем. Общая последовательность при использовании этой методики такова:

1. Анализ того, что подлежит тренировке.
2. Определение внутри- и межличностных факторов, пряпятствующих пациенту использовать конструктивное совладание (копинг).
3. Установление доброжелательных отношений и нахождение поддержки у пациента и других значимых для него лиц в определении, использовании и оценке тренинговой программы.
4. Тренинг разнообразных копинговых навыков, восприимчивых к индивидуальным, культурным и ситуационным различиям.
5. Тренировка должна удовлетворять потребность пациента в ясности и точности.
6. Обеспечение ориентации тренинга в будущее. Предвидение и включение возможных, реальных неудач в тренинговую программу. Использование тренинга, обеспечивающего предупреждение рецидивов.
7. Проведение тренировок в сложных условиях, с постановкой сложных задач. Включение пациента как в систему искусственных, тренировочных условий, так и в реальную жизнь.
8. Получение от пациента обратной связи о полезности процедуры тренинга.
9. Понимание зависимости продолжительности тренинга от его выполнимости, а не времени проведения (например, фиксированного числа сессий).

SIT имеет следующие цели:

- Объяснение пациенту коммуникативной природы стресса и копинга.
- Тренировка в самонаблюдении за неадаптивными мыслями, чувствами и поведением, для того чтобы обеспечить более адаптивное поведение.
- Тренировка пациента в решении проблем, т. е. в определении проблемы, ее предшествующих признаков и последствий, принятии решений и оценке их выполнения.
- Тренировка таких навыков копинга, как прямое действие, регуляция эмоций, самоконтроль.
- Обучение пациента использованию неадаптивных ответов как сигналов для приведения в действие его копингового ресурса.
- Помощь пациенту в приобретении достаточных знаний, самопонимания и копинговых навыков для облегчения использования лучших способов совладания с ожидаемыми и неожиданными стрессовыми ситуациями.

При проведении SIT выделяют 3 фазы:

1) формирования концептуального представления;
2) приобретения навыков и репетирования;
3) применения и завершения.

Фаза формирования концептуального представления. Начальной задачей является установление оптимальных рабочих отношений с пациентом и выяснение информации, которая поможет составлению индивидуального плана тренинга. Специфическими этапами (шагами) этой фазы служат: клиническое интервью, основанная на представлениях пациента оценка проблемы, оценка поведения.

Клиническое интервью предназначается для:

- выявления примеров стрессовых событий и повышения осведомленности пациента о их значении для стрессовых реакций;
- оценки ожиданий пациента в отношении тренинга;
- анализа внешних и внутренних факторов стрессовых реакций, для того чтобы больной узнал о сигналах низкой интенсивности, которые указывают на начало стрессовых реакций;
- рассмотрения вместе с пациентом влияния стресса на повседневное функционирование;
- формулирования в стиле сотрудничества лечебных целей и плана тренировок.

Воспоминания часто помогают пациенту обратить внимание на те аспекты и детали его стрессовых ответов, которые не отмечаются при прямом расспросе. Таким способом пациент может выделить мысли, образы, чувства, поведение, которые влияют на проявления стресса. Ему следует понять, что он не является жертвой стресса. Наоборот, в зависимости от того, как человек чувствует, думает и поступает, он влияет на уровень проявления стресса. Пациент должен стать сотрудником или «личным исследователем» посредством самоконтроля (самонаблюдения). Самоконтроль включает спектр действий от ведения дневника до систематической записи специфических мыслей, чувств и поступков. Для лучшей реализации самоконтроля важно: выявлять предложения самого пациента, предъявлять ему простые требования, получать подтверждение о понимании пациентом полученной информации, предвосхищать его несогласие, профилактически готовить пациента к неизбежным неудачам, использовать упражнения в самоконтроле и домашние задания. Важным источником информации является оценка поведения пациента и в реальной жизни, и в медицинском учреждении, что позволяет понять последовательность событий по принципу «после — значит вследствие». Таким образом, поведение может получать осознанную оценку. В результате применения указанных способов собирается информация о природе стресса. Такая информация формирует у больного представления о стрессовых реакциях.

Фаза приобретения навыков и репетирования. Объектом второй фазы SIT служит развитие способности человека к эффективному осуществлению копин-

говых ответов (совладания со стрессом) в зависимости от специфичности окружения и целей тренинга. Обычным началом является обучение релаксации. Могут применяться различные техники релаксации: например по Jacobson, а также использование таких видов деятельности, как плавание, работа в саду. Нужно помнить, что релаксация в той же степени состояние ума, как и тела. В данном случае релаксация является активным видом копинга. Необходимо обсудить с пациентом способы применения релаксации в предвидении стрессовых ситуаций, затем рассмотреть ее результаты и вероятность внесения изменений для достижения улучшения. Помимо физической и психической релаксации SIT предполагает контроль сопровождающих стресс мыслей и чувств, тренировку в приобретении навыков адаптивного копинга. Для этого используются когнитивные методы: переструктурирование, решение проблем, управляемый самодиалог.

Когнитивное переструктурирование направлено на достижение осведомленности пациента о роли его когнитивных (познавательных) процессов и эмоций в усилении и сохранении стресса. Основные техники когнитивной психотерапии включают:

- выявление мыслей и чувств пациента, его интерпретацию стрессовых событий;
- нахождение вместе с пациентом аргументов за и против такой интерпретации;
- подготовку и проведение личных опытов (как домашних заданий) для проверки обоснованности интерпретаций и сбора данных для последующего обсуждения.

Тренинг в решении проблем представляет собой последовательность девяти шагов:

1. Определение стрессоров или стрессовых реакций в качестве проблем, которые требуют разрешения.
2. Постановка реальных целей — при этом как можно точнее определяют проблему и обозначают этапы, необходимые для достижения каждой цели.
3. Выбор широкого спектра возможных альтернативных действий.
4. Рассмотрение возможности того, как другие люди могут поступать, если их попросить справиться с подобной проблемой, вызывающей стресс.
5. Оценка всех «за» и «против» в отношении каждого предложенного решения и ранжирование порядка решений от наименее до наиболее практичных и желаемых.
6. Тренировка в новых способах поведения путем воображения, репетирования и ранжированной (от простого к сложному) практики.
7. Отбор наиболее приемлемых и выполнимых решений.
8. Ожидание неудач и вознаграждение себя за осуществление попытки.
9. Пересмотр исходной проблемы в свете возможности ее решения.

Тренинг в самоинструктировании или управляемый самодиалог предназначается для помощи пациентам в:

- оценке требований ситуации и плана в отношении будущих стрессоров;
- контроле над негативными, пораженческими, порождающими стресс мыслями, образами и чувствами;
- признании, использовании и перераспределении испытываемого возбуждения;
- совладании с переживаемыми интенсивными дисфункциональными эмоциями;
- психологической подготовке к противостоящим стрессовым ситуациям;
- размышлении над проявлениями стресса и укреплении уверенности в попытках совладания с ним.

В некоторых стрессовых ситуациях активные когнитивные и поведенческие усилия по совладанию со стрессом не уменьшают его. Например, это относится к ситуациям, над которыми невозможно осуществлять контроль. В таких случаях отсутствие активных попыток может быть более адаптивным ответом. Психоаналитический подход предполагает, что отрицание несет в себе бессознательное защитное искажение, не поддающееся сознательному контролю. В модели стресса и копинга, основанной на межличностных отношениях, отрицание в некоторых случаях рассматривается как полезная стратегия, подлежащая тренировке. Отрицание может быть средством самозащиты, постепенной подготовки к влиянию стрессора. Когда отсутствие действий не влияет на исход, человек ничего не теряет, если он не обращает внимания на стресс. В тренинге важно учитывать не только требования ситуации, но и возможности человека.

Фаза применения и завершения. Целью третьей фазы SIT является поощрение пациента к использованию адаптивных копинговых навыков в повседневной жизни и расширению возможностей их применения. Для достижения цели врач использует разнообразные техники, включающие репетирование в воображении, поведенческое репетирование, разыгрывание ролей, моделирование и дифференцированную практику в реальных условиях.

Репетирование в воображении напоминает систематическую десенсибилизацию по Вольпе: после составления иерархии ситуаций пациента просят представлять все более угрожающие сцены и проводить релаксацию. Но в отличие от систематической десенсибилизации, в момент переживания стресса пациента просят представить сцену совладания со стрессовой ситуацией. Репетирование в воображении направлено на обучение человека способности отмечать, даже предвидеть признаки дисстресса, для того чтобы они служили сигналами к применению копинговых ответов.

Поведенческое репетирование предполагает тренировку поведенческих (копинговых) навыков во время тренинговых занятий. Копинговые навыки включают развитие коммуникативных способностей, привлечение социальной под-

держки, контроль раздражения. При разыгрывании ролей, моделировании адаптивного копинга врач и пациент могут меняться ролями, привлекать других людей, просматривать специальные кинофильмы. При этом нужно помнить, что универсальных копинговых стратегий нет.

Дифференцированная практика *in vivo* заключается в постепенном репетировании пациентом в реальной жизни, при выполнении домашних заданий, тех адаптивных копинговых навыков, которые были приобретены во время занятий с врачом. Для того чтобы избежать непонимания, следует попросить пациента записать домашнее задание в том виде, в котором он готов его выполнить. Затем врачу полагается проверить результат и, если он не был успешным, уточнить причины этого. Необходимо ставить несложные задачи, соблюдать постепенность. Иногда успешному проведению тренировок *in vivo* помогает присутствие врача.

Для предотвращения рецидивов врачу следует поощрять пациента к предвидению такой возможности и репетированию ответных действий. Задача SIT состоит не в устранении стрессов, а в обучении адаптивным ответам на стрессовые ситуации и устойчивости перед лицом неудач.

Последним этапом SIT является завершение тренинга и направленность его результатов в будущее. На этом этапе занятия проводятся реже, например один раз в две недели на протяжении нескольких месяцев. Они основываются на результатах применения копинговых навыков и степени их успешности.

Метод систематической десенсибилизации

Метод предложен J. Wolpe (1952), является исторически одним из первых методов, положившим начало широкому распространению поведенческой психотерапии. Разрабатывая свой метод, автор исходил из следующих положений.

Неадаптивное поведение человека, в том числе невротическое, включающее интерперсональное поведение, в значительной своей части определяется тревогой и поддерживается снижением ее уровня. Действия, совершаемые в воображении, можно приравнять к действиям, совершаемым человеком в реальности. Воображение в состоянии релаксации не является исключением из этого положения. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Произойдет противообусловливание — не вызывающий страха стимул погасит прежний рефлекс. В экспериментах на животных таким противообусловливающим стимулом является кормление. У человека одним из действенных стимулов, противоположных страху, является релаксация. Поэтому, если обучить пациента глубокой релаксации и в этом состоянии побудить его вызвать в воображении стимулы, обусловливающие все большую степень тревоги, произойдет десенсибилизация пациента и к реальным стимулам или ситуациям, вызывающим страх. Такова была логика обоснования этого метода. Однако эксперименты, основанные на двухфакторной модели избегания, показали, что механизм действия систематической десенсибилизации включает и столкновение с ситуацией, прежде вызвавшей страх, реальное тестирование ее, помимо противообусловливания.

Сама методика относительно проста: у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем посредством углубления релаксации пациент снимает возникающую тревогу. В воображении представляются различные ситуации от самых легких к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у пациента страх.

В само́й процедуре систематической десенсибилизации можно выделить 3 этапа:

1) овладение методикой мышечной релаксации;
2) составление иерархии ситуаций, вызывающих страх;
3) собственно десенсибилизация (соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией).

Тренировка мышечной релаксации по методике прогрессирующей мышечной релаксации Jacobson проводится в ускоренном темпе и занимает около 8–9 сеансов.

Составление иерархии ситуаций, вызывающих страх. В связи с тем, что у больного могут быть различные фобии, все ситуации, вызывающие страх, делятся по тематическим группам. Для каждой группы пациент должен составить список от самых легких ситуаций до более тяжелых, вызывающих выраженный страх. Ранжирование ситуаций по степени испытываемого страха желательно проводить вместе с психотерапевтом. Обязательным условием составления этого списка является реальное переживание пациентом страха в такой ситуации, т. е. она не должна быть воображаемой.

Собственно десенсибилизация. Обсуждается методика обратной связи — информирование пациентом психотерапевта о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги он сообщает поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее — поднятием пальца левой руки. Представления ситуаций осуществляются согласно составленному списку. Пациент воображает ситуацию 5–7 с, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации; этот период длится до 20 с. Представление ситуации повторяется несколько раз, и если у пациента тревога не возникает, переходят к следующей, более трудной ситуации. В течение одного занятия отрабатываются 3–4 ситуации из списка. В случае появления выраженной тревоги, не угасающей при повторных предъявлениях ситуации, возвращаются к предшествующей ситуации.

При простых фобиях проводится 4–5 сеансов, в сложных случаях — до 12 и более.

В настоящее время показаниями для использования методики систематической десенсибилизации являются, как правило, монофобии, которые не могут быть десенсибилизированы в реальной жизни из-за сложности или невозможности найти реальный стимул, например страх полета в самолете, поездки

в поезде, боязнь змей и др. В случае множественных фобий десенсибилизация осуществляется по очереди применительно к каждой фобии.

Систематическая десенсибилизация менее эффективна, когда тревога подкрепляется вторичным выигрышем от болезни. Например, у женщины с агорафобическим синдромом, со сложной домашней ситуацией, угрозой ухода из дома мужа страх подкрепляется не только уменьшением его, когда она остается дома, избегает ситуаций, в которых он появляется, но и тем, что она удерживает мужа дома с помощью своей симптоматики, получает возможность видеть его чаще, легче контролирует его поведение. В этом случае метод систематической десенсибилизации эффективен только при сочетании его с личностно-ориентированными видами психотерапии, направленными, в частности, на осознание больной мотивов своего поведения.

Десенсибилизация *in vivo* (в реальной жизни) включает только 2 этапа:

1) составление иерархии ситуаций, вызывающих страх;
2) собственно десенсибилизацию (тренировка в реальных ситуациях).

В список ситуаций, вызывающих страх, включаются только те из них, которые могут быть многократно повторены в действительности. На втором этапе врач или медицинская сестра сопровождает больного, побуждает его усиливать страх согласно списку. Следует при этом отметить, что вера в психотерапевта, чувство безопасности, испытываемое в его присутствии, являются противообусловливающими факторами, факторами, повышающими мотивацию к столкновению со стимулами, вызывающими страх. Поэтому эта методика оказывается эффективной только при наличии хорошего контакта психотерапевта с больным.

Вариантом методики является контактная десенсибилизация, которая чаще используется при работе с детьми, реже — со взрослыми. Здесь также составляется список ранжированных по степени испытываемого страха ситуаций. Однако на втором этапе кроме побуждения психотерапевтом пациента к телесному контакту с объектом, вызывающим страх, присоединяется еще и моделирование (выполнение другим пациентом, не испытывающим данного страха, действий согласно составленному списку).

Еще одним вариантом десенсибилизации для лечения детей является эмотивное воображение. При этом методе используется воображение ребенка, позволяющее ему легко отождествлять себя с любимыми героями и разыгрывать ситуации, в которых они участвуют. Психотерапевт при этом направляет игру ребенка таким образом, чтобы он в роли этого героя постепенно сталкивался с ситуациями, вызывавшими ранее страх. Методика эмотивного воображения включает 4 стадии:

1. Составление иерархии вызывающих страх объектов или ситуаций.
2. Выявление любимого героя (или героев), с которыми ребенок легко бы себя идентифицировал. Выяснение фабулы возможного действия, которое он в образе этого героя хотел бы совершить.

3. Начало ролевой игры. Ребенка просят с закрытыми глазами вообразить ситуацию, близкую к повседневной жизни, и постепенно вводят в нее его любимого героя.
4. Собственно десенсибилизация. После того как ребенок достаточно эмоционально вовлекается в игру, в действие вводится первая ситуация из списка. Если при этом у ребенка не возникает страха, переходят к следующим ситуациям и т. д.

Методика, подобная эмотивному воображению, может быть использована и *in vivo*.

Триада К. Роджерса и ее значение в работе

C. R. Rogers, автор клиент-центрированной психотерапии, указывает на необходимые условия успешного психотерапевтического процесса, которые в целом достаточно независимы от частных характеристик самого пациента. Среди них он называет 3 условия, относящихся к личности психотерапевта.

1. Психотерапевт конгруэнтен в отношениях с пациентом

Конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта означает необходимость правильной символизации психотерапевтом его собственного опыта. Под опытом понимаются как неосознаваемые события, так и феномены, представленные в сознании (все, что потенциально доступно сознанию) и относящиеся к определенному моменту, а не к некоторой совокупности прошлого опыта. Открытость опыту означает, что каждый стимул, внутренний или из внешней среды, не искажается защитным механизмом (как относительно эмоциональной окраски, так и относительно воспринимаемого значения). Форма, цвет или звук из окружающей среды, или следы памяти из прошлого, или висцеральные ощущения, страх, наслаждение, отвращение и т. д. — все это вполне доступно для индивидуального сознания. Осознание — это символическая репрезентация, не обязательно в виде вербальных символов, некоторой части опыта.

Когда Я-переживание (т. е. информация о воздействии сенсорных или висцеральных событий в данный момент) символизируется правильно и включается в Я-концепцию (представление о себе самом), тогда возникает состояние конгруэнтности Я и опыта. У личности, открытой для опыта, Я-концепция символизируется в сознании вполне конгруэнтно с опытом. Если психотерапевт переживает угрозу или дискомфорт в отношениях, а осознает лишь принятие и понимание, то он не будет конгруэнтен в данных отношениях и психотерапия не будет полноценной. Не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он всегда был конгруэнтной личностью. Достаточно, чтобы каждый раз при непосредственных отношени-

ях с определенным индивидом он целиком и полностью был бы самим собой, со всеми присущими ему переживаниями данного момента, правильно символизированными и интегрированными.

2. Психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту

Обычно в определение положительной оценки входят такие понятия, как сердечность, расположение, уважение, симпатия, принятие и др. Безусловно, положительно оценивать другого — значит оценивать его позитивно, независимо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки. Поступки могут оцениваться по-разному, но принятие, признание индивида не зависят от них. Психотерапевт ценит личность пациента в целом, он в равной мере чувствует и проявляет безусловную положительную оценку как тех переживаний, которых боится или стыдится сам пациент, так и тех, которыми тот доволен или удовлетворен.

3. Психотерапевт эмпатически воспринимает пациента

Обладать эмпатией — означает воспринимать субъективный мир, охватывающий весь комплекс ощущений, восприятий и воспоминаний другого, доступных сознанию в данный момент, воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как если бы воспринимающий сам был этим другим человеком. Это значит — ощущать боль или удовольствие другого так, как чувствует это он сам, и относиться, как он, к причинам, их породившим, но при этом ни на минуту не забывать о том, что это «как если бы» (если это условие утрачивается, то данное состояние становится состоянием идентификации). Знания субъективного мира пациента, полученные эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изменения личности.

При отсутствии этих трех условий психотерапевтический процесс не может быть полноценным.

Каждый психотерапевт отвечает этим условиям до некоторой определенной степени, и, как замечает C. R. Rogers, «одни несовершенные люди способны оказывать психотерапевтическую помощь другим, также несовершенным людям»; однако чем более выражены эти условия, тем более успешным будет психотерапевтический процесс и тем более значительной будет степень происходящей при этом интеграции личности.

Приложение 3

Клинико-психологические методы, рекомендуемые к использованию ВОП в целях диагностики и оценки эффективности лечения

Оценка уровня астении

Шкала астении. В связи с задачами определения уровня астении применяются разнообразные методики, чаще всего измеряющие продуктивность работы, совершаемой испытуемым, или соответствующих вегетативно-соматических изменений при выполнении испытуемым нарастающих по трудности заданий (Мясищев В. Н., Плотникова Е. Е., 1940), т. е. тем или иным способом измеряется утомление, скорость его появления и нарастания. Под утомлением обычно понимают сам факт падения работоспособности, вызванного работой. Оно обусловлено как истощением, так и торможением корковых клеток, ибо каждый из этих переплетающихся процессов дает картину снижения функции (Розенблат В. В., 1961).

Усталость характеризуется как субъективная сторона утомляемости. Различными авторами подчеркивается наличие отчетливых расхождений между кривой работоспособности и ощущением усталости.

Астения — это сложное явление, состоящее из объективно улавливаемой в повышенной утомляемости, «субъективных жалоб» на снижение работоспособности, болезненную усталость и т. п., которые тесно переплетены и сопровождаются эмоциональными реакциями и аффективными нарушениями (Бамдас Б. С., 1961).

В. Н. Мясищев (1960) указывал на неправильное понимание термина «субъективные жалобы»: «Жалобы объективны как словесное заявление, т. е. как речевая реакция и отражение объективной действительности, но вместе с тем они субъективны, поскольку относятся к таким состояниям человека-субъекта, которые наиболее трудно учитываются и контролируются извне».

Для количественной оценки степени выраженности астении используется стандартизованная шкала, которая состоит из 42 контрольно-проверочных вопросов. Шкала была разработана в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева.

Шкала астении

№ п/п	Содержание признака	Почти всегда	Часто	Иногда	Редко	Почти никогда
1.	Я работаю с большим напряжением					
2.	Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или вопросе					
3.	Моя половая жизнь удовлетворительна					
4.	Ожидание меня нервирует					
5.	Я испытываю мышечную слабость					
6.	Мне кажется, что я ни на что не годен					
7.	Я с удовольствием хожу в кино или театры					
8.	Я забывчив					
9.	Я забываю, куда кладу вещи					
10.	Я чувствую себя усталым					
11.	Критика очень задевает меня					
12.	Я уверен в себе					
13.	Мои глаза устают при длительном чтении					
14.	Мои руки трясутся					
15.	У меня хороший аппетит					
16.	Я люблю вечеринки и шумные компании					
17.	Я уже не так хорошо понимаю прочитанное					

№ п/п	Содержание признака	Почти всегда	Часто	Иногда	Редко	Почти никогда
18.	Мои руки и ноги теплые					
19.	Меня легко задеть					
20.	Я люблю танцевать					
21.	Мои планы представляются мне настолько трудновыполнимыми, что я легко отказываюсь от них					
22.	Я страдаю от запоров					
23.	У меня бывают приступы смеха или плача, которые я не могу сдержать					
24.	У меня болит голова					
25.	Я просыпаюсь утром свежим и отдохнувшим					
26.	У меня бывают головокружения					
27.	У меня бывают в мышцах судороги и подергивания					
28.	У меня шумит (звенит) в ушах					
29.	Меня беспокоят половые (сексуальные) вопросы					
30.	Я испытываю тяжесть в голове					
31.	Я легко плачу					
32.	Я испытываю общую слабость					
33.	Я испытываю боли в темени					
34.	Мой слух так чувствителен, что это раздражает меня					

№ п/п	Содержание признака	Почти всегда	Часто	Иногда	Редко	Почти никогда
35.	Мне снятся тревожные сны					
36.	Жизнь для меня связана с напряжением					
37.	Моя голова стянута обручем					
38.	Я легко просыпаюсь от шума					
39.	Я бываю злым и раздражительным					
40.	Меня утомляют люди					
41.	Когда я волнуюсь, то покрываюсь потом					
42.	Мне не дают заснуть беспокойные мысли					

Инструкция. Испытуемый должен отметить не только их наличие или отсутствие, но и частоту возникновения или длительность действия. Это достигается введением градации — «почти никогда», «редко», «иногда», «часто», «почти всегда», что оценивается по пятибалльной системе соответственно от 1 до 5, причем 34 признака по возрастанию частоты их проявления, а 8 (3, 7, 12,15, 16, 18, 20, 25) — по убыванию. Затем производится подсчет баллов (их минимальная сумма 42, максимальная — 210). Полученные данные подвергаются математико-статистической обработке на ПК с вычислением таких статистических характеристик, как средние величины, дисперсии, средние квадратичные отклонения, *t*-критерий Стъюдента, достоверность различий.

Показатели контрольной группы здоровых лиц — 69,89 ± 3,44 (Малкова Л. Д., 1978).

Оценка уровня депрессии

Шкала Цунга (Zung W. W. K., Durham N. C., 1965) для самооценки уровня депрессии была адаптирована в Институте им. В. М. Бехтерева Т. Н. Балашовой (1987). Опросник предназначен для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для экспресс-диагностики при массовых исследованиях, а также в целях предварительной, доврачебной диагностики. Исследование с обработкой полученных результатов

занимает 20–30 мин. В процессе работы испытуемый отмечает свои ответы на предлагаемом стандартном бланке.

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет. Оценивать ответы следующим образом: 1 — никогда или изредка; 2 — иногда; 3 — часто; 4 — почти всегда или постоянно.

1. Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7. Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10. Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мыслю так же ясно, как всегда	1	2	3	4
12. Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14. У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15. Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17. Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18. Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле: УД = Сумма «прямых» + Сумма «обратных», где Сумма «прямых» — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям: № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; Сумма «обратных» — сумма зачеркнутых цифр к «обратным» высказываниям: № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. В результате получается УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии. Если УД находится в диапазоне от 50 до 59 баллов, то делается вывод о наличии легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

Оценка уровня тревоги

Уровень тревоги оценивается с помощью личностной **шкалы проявлений тревоги Тейлор**. Утверждения опросника входят в состав MMPI в качестве дополнительной шкалы. Опросник адаптирован Т. А. Немчиным и включает в себя 50 утверждений.

Инструкция. Испытуемый указывает, согласен он или не согласен с предложенными утверждениями. Исследование продолжается в течение 15–30 мин.

Текст опросника

1. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко
2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей
3. У меня редко бывают запоры
4. У меня редко бывают головные боли
5. Я редко устаю
6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым
7. Я уверен в себе
8. Практически я никогда не краснею
9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком
10. Я краснею не чаще, чем другие
11. У меня редко бывает сердцебиение
12. Обычно мои руки достаточно теплые
13. Я застенчив не более, чем другие
14. Мне не хватает уверенности в себе
15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен
16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте
17. Мой желудок сильно беспокоит меня
18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие
20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть
21. Мне нередко снятся кошмарные сны
22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать
23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон
24. Меня весьма тревожат возможные неудачи
25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает
26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании
27. Я работаю с большим напряжением
28. Я легко прихожу в замешательство
29. Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо
30. Я склонен принимать все слишком всерьез

31. Я часто плачу
32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты
33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка
34. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею
35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо
36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня
37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить
38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна
39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня
40. Даже в холодные дни я легко потею
41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть
42. Я — человек легко возбудимый
43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным
44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны и я вот-вот выйду из себя
45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит
46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей
47. Я почти все время испытываю чувство голода
48. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяка
49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением
50. Ожидание всегда нервирует меня

Оценка результатов исследования. Производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о наличии тревожности.

Каждый ответ «да» на высказывания 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 и ответ «нет» на высказывания 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оценивается в 1 балл.

Суммарная оценка. Суммарный показатель, равный 40–50 баллам, свидетельствует о наличии очень высокого уровня тревоги; показатель в 25–40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15–25 баллов — признак среднего (с тенденцией к высокому) уровня тревоги; показатель в диапазоне от 0 до 15 баллов характеризует низкий уровень тревоги.

Симптоматический опросник Александровича

Опросник разработан известным польским психотерапевтом J. Aleksandrowicz (1981).

Инструкция испытуемому. Вопросы этого опросника касаются недомоганий и трудностей, которые часто встречаются при неврозах (F40–F48). Информация о том, какие из них проявлялись в течение последней недели, позволит лучше понять, что беспокоит вас в настоящее время.

Просим вас внимательно прочесть каждый вопрос и отметить тот из ответов, который наиболее полно соответствует степени, в какой то или иное недомогание беспокоит вас. Если за этот период недомогание вообще не проявлялось, обведите кружком знак «0». Если проявлялось, но лишь незначительно тяготило — обведите кружком цифру «1». Если было средней тяжести, обведите кружком цифру «2». Если очень тяготило, обведите кружком цифру «3». Пожалуйста, отвечайте на вопросы, по возможности, быстрее.

Перечень недомоганий

1. Страх, постоянно появляющийся во время пребывания на балконах, мостах, на высоте и т. д.	0 1 2 3
2. Чувство печали, угнетенности	0 1 2 3
3. Сдавленность, чувство как бы кома в горле	0 1 2 3
4. Постоянное чувство беспричинной тревоги	0 1 2 3
5. Частые слезы	0 1 2 3
6. Чувство усталости, слабости после пробуждения утром, проходящее в течение дня	0 1 2 3
7. Неудовлетворенность сексуальной жизнью	0 1 2 3
8. Чувство, будто знакомые предметы стали странными и чужими	0 1 2 3
9. Рвота в ситуациях нервного напряжения	0 1 2 3
10. Плохое самочувствие в местах скопления людей	0 1 2 3
11. Кожный зуд, быстро появляющаяся и исчезающая сыпь	0 1 2 3
12. Многократная, затрудняющая жизнь проверка, все ли правильно сделано (закрыта ли дверь, выключен ли газ и т. д.)	0 1 2 3
13. Судороги в мышцах, появляющиеся при выполнении только определенных действий (например, судороги в пальцах при письме, игре на музыкальных инструментах и т. д.)	0 1 2 3
14. Головокружение	0 1 2 3
15. Недостаток самостоятельности	0 1 2 3
16. Чувство мучительного внутреннего напряжения	0 1 2 3
17. Обнаружение у себя признаков различных серьезных заболеваний	0 1 2 3
18. Навязчиво появляющиеся, мешающие упорные мысли, слова, представления	0 1 2 3
19. Страшные сны, ночные кошмары	0 1 2 3
20. Учащенное, сильное сердцебиение, не вызванное физическим усилием	0 1 2 3
21. Страх или другие неприятные переживания, постоянно возникающие, когда вокруг нет людей (например, в пустой квартире)	0 1 2 3
22. Сильное чувство вины, самообвинение	0 1 2 3
23. Потеря чувствительности кожи в какой-либо части тела	0 1 2 3
24. Парализующий необъяснимый страх, делающий невозможным какое-либо действие	0 1 2 3

25. Глубокое, интенсивное переживание неприятных событий	0 1 2 3
26. Ухудшение памяти	0 1 2 3
27. Трудности в сексуальной жизни (например, отсутствие эрекции, преждевременная эякуляция у мужчин; спазмы мышц у женщин и др.)	0 1 2 3
28. Чувство, будто мир, окружение как бы скрыто туманом	0 1 2 3
29. Головная боль, мешающая что-либо делать	0 1 2 3
30. Мучительное чувство одиночества	0 1 2 3
31. Вздутие живота, непроизвольное выделение газов	0 1 2 3
32. Многократное повторение одних и тех же ненужных или бессмысленных действий	0 1 2 3
33. Заикание	0 1 2 3
34. Ощущение прилива крови к голове	0 1 2 3
35. Затрудняющая жизнь неуверенность в себе	0 1 2 3
36. Рассеянность, мешающая деятельности	0 1 2 3
37. Отнимающие много времени действия и процедуры (ритуалы), целью которых является избежать болезни	0 1 2 3
38. Постоянная борьба с навязчиво возвращающимися мыслями о желании нанести кому-либо вред, оскорбление и т. д.	0 1 2 3
39. Трудности засыпания	0 1 2 3
40. Боли в сердце	0 1 2 3
41. Страх, постоянно возникающий при нахождении в движущемся транспорте	0 1 2 3
42. Потеря веры в свои силы	0 1 2 3
43. Кратковременная обездвиженность, невозможность двигать руками или ногами	0 1 2 3
44. Приступы панического ужаса	0 1 2 3
45. Подверженность сильным, глубоким переживаниям	0 1 2 3
46. Чувство, будто мышление значительно затруднено и менее ясно, чем обычно	0 1 2 3
47. Нежелание вступать в сексуальные контакты с лицами противоположного пола	0 1 2 3
48. Чувство, будто окружающий мир нереален	0 1 2 3
49. Сухость во рту	0 1 2 3
50. Избегание людей, даже близких знакомых	0 1 2 3
51. Обмороки	0 1 2 3
52. Не поддающаяся контролю внутренняя необходимость выполнения ненужных движений (например, многократного ненужного мытья рук, прикосновения к чему-либо...)	0 1 2 3
53. Резкие, непроизвольные движения (тики)	0 1 2 3
54. Отсутствие аппетита	0 1 2 3
55. Беспомощность, жизненная «неумелость»	0 1 2 3

56. Нервность, хаотичность в движениях, снижающая эффективность действий 0 1 2 3
57. Постоянная концентрация внимания на телесных функциях (например, на работе сердца, пульсе, пищеварении и т. д.) 0 1 2 3
58. Возникающие против воли навязчивые мысли непристойного или кощунственного содержания 0 1 2 3
59. Приступы голода (например, необходимость еды ночью) 0 1 2 3
60. Чувство тепла и/или холода без видимой причины 0 1 2 3
61. Страх, появляющийся всегда во время нахождения на открытом пространстве, например на большой площади 0 1 2 3
62. Желание покончить с собой 0 1 2 3
63. Периодические нарушения зрения и слуха 0 1 2 3
64. Беспокойство 0 1 2 3
65. Невозможность сдерживать свои чувства, невзирая на последствия 0 1 2 3
66. Трудности в концентрации, сосредоточении внимания 0 1 2 3
67. Значительное ослабление или утрата полового влечения 0 1 2 3
68. Чувство чуждости собственного тела 0 1 2 3
69. Понос 0 1 2 3
70. Чувство стыда и скованности в присутствии лиц противоположного пола 0 1 2 3
71. Страх и/или другие неприятные переживания, появляющиеся только во время пребывания в закрытых помещениях 0 1 2 3
72. Замедленность движений и мыслей, апатия 0 1 2 3
73. Невозможность издать звуки, немота, внезапно появляющаяся и исчезающая 0 1 2 3
74. Запоры 0 1 2 3
75. Чувство, будто Вы хуже других людей 0 1 2 3
76. Ломка, битье, уничтожение предметов от злости или при нервном возбуждении 0 1 2 3
77. Опасение за свое здоровье (страх заболеть каким-либо серьезным заболеванием) 0 1 2 3
78. Упорное, навязчивое, ненужное пересчитывание, например прохожих, фонарей, автомашин 0 1 2 3
79. Частое пробуждение ночью 0 1 2 3
80. Покраснение лица, шеи, груди 0 1 2 3
81. Чувство страха, возникающее при нахождении в толпе 0 1 2 3
82. Пессимизм, предчувствие неудач и провалов в будущем 0 1 2 3
83. Недомогания, возникающие в трудных и неприятных ситуациях 0 1 2 3
84. Необоснованное чувство опасности, угрозы 0 1 2 3

85. Неожиданное бурное переживание радости, счастья, экстаза 0 1 2 3
86. Постоянное чувство усталости 0 1 2 3
87. Неприятные переживания, связанные с онанизмом 0 1 2 3
88. Чувство, будто Вы живете как во сне 0 1 2 3
89. Дрожь в мышцах рук, ног или всего тела 0 1 2 3
90. Чувство, что Вы легко поддаетесь влиянию других людей 0 1 2 3
91. Аллергические недомогания («сенная» лихорадка, быстро возникающие и проходящие отеки и др.) 0 1 2 3
92. Внутренняя необходимость выполнять какие-либо действия очень медленно и педантично 0 1 2 3
93. Судороги мышц в различных частях тела 0 1 2 3
94. Скопление чрезмерного количества слюны во рту 0 1 2 3
95. Погружение в грезы наяву 0 1 2 3
96. Не поддающиеся управлению взрывы злости и гнева 0 1 2 3
97. Чувство, что Вы больны какой-то тяжелой, угрожающей Вашей жизни болезнью 0 1 2 3
98. Чрезмерная жажда 0 1 2 3
99. Бессонница 0 1 2 3
100. Сильное чувство холода и/или тепла, возникающее без видимой причины 0 1 2 3
101. Сильный страх предметов, животных или мест, бояться которых нет причины 0 1 2 3
102. Нехватка силы или энергии в какой-либо деятельности 0 1 2 3
103. Затруднение дыхания (например, чувство недостатка воздуха или одышка, появляющиеся внезапно и быстро проходящие) 0 1 2 3
104. Чувство тревоги, беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т. д. 0 1 2 3
105. Чувство, что Вас недооценивают 0 1 2 3
106. Снижение быстроты мышления, потеря сообразительности 0 1 2 3
107. Боли или другие неприятные ощущения в половых органах 0 1 2 3
108. Впечатление, что Вы уже однажды видели то, что на самом деле видите сейчас впервые 0 1 2 3
109. Неприятные ощущения или боль, возникающие под влиянием шума, яркого света или легких прикасаний и др. 0 1 2 3
110. Чувство, что люди относятся к Вам враждебно 0 1 2 3
111. Непроизвольное мочеиспускание (например, во время сна) 0 1 2 3
112. Злоупотребление алкоголем 0 1 2 3
113. Непроизвольное дрожание век, лица, головы или других частей тела 0 1 2 3
114. Неприятное потение в моменты волнения 0 1 2 3

115. Чувство, что Вы подчиняетесь (покоряетесь) другим людям	0 1 2 3
116. Постоянное чувство злости, гнева	0 1 2 3
117. Неопределенные, блуждающие боли	0 1 2 3
118. Чувство протеста (бунта)	0 1 2 3
119. Чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какие-то моменты, независимо от обстоятельств	0 1 2 3
120. Чувство прилива крови к голове	0 1 2 3
121. Тревога за близких людей, которым в действительности ничто не угрожает	0 1 2 3
122. Чувство, что Вы хуже, чем другие люди	0 1 2 3
123. Нарушение равновесия	0 1 2 3
124. Страх, что с Вами что-то произойдет или Вы сами сделаете себе что-либо ужасное (например, выброситесь из окна, или произойдет какая-то катастрофа и т. п.)	0 1 2 3
125. Чувство, что окружающие не интересуются Вами и Вашими делами	0 1 2 3
126. Наплыв мыслей	0 1 2 3
127. Нарушение месячных (у женщин)	0 1 2 3
128. Чувство бесцветности (бледности), малой интенсивности переживаний	0 1 2 3
129. Чувство мышечного напряжения	0 1 2 3
130. Потребность в одиночестве	0 1 2 3
131. Жжение в пищеводе, изжога	0 1 2 3
132. Учащенное мочеиспускание	0 1 2 3
133. Судорога, вынуждающая постоянно вертеть головой	0 1 2 3
134. Мышечные боли (например, боли в пояснице, грудной клетке и т. п.)	0 1 2 3
135. Шум в ушах	0 1 2 3
136. Тошнота, предобморочное состояние	0 1 2 3
137. Снижение половой потенции	0 1 2 3
138. Впечатление, что уже был в каком-то месте или ситуации, в которой на самом деле сейчас находишься впервые	0 1 2 3

Ключ.

I. Страх, фобии — 1, 4, 21, 24, 41, 44, 61, 71, 81, 84, 101, 104, 121, 124.
II. Депрессивные расстройства — 2, 22, 42, 62, 75, 82, 122.
III. Беспокойство, напряжение — 16, 36, 56, 64, 76, 96, 112, 116, 118, 126.
IV. Нарушение сна — 19, 39, 79, 99, 119.
V. Истерические расстройства — 5, 25, 45, 65, 85, 105, 125.
VI. Неврастенические расстройства — 6, 26, 46, 66, 72, 86, 102, 106.
VII. Сексуальные расстройства — 7, 27, 47, 67, 87, 107, 137.

VIII. Дереализация — 8, 28, 48, 68, 88, 108, 128, 138.

IX. Навязчивости — 12, 18, 32, 38, 52, 58, 78, 92.

X. Трудности в социальных контактах — 10, 30, 50, 70, 130.

XI. Ипохондрические расстройства — 17, 37, 57, 77, 97, 117.

XII. Психастенические нарушения — 15, 35, 55, 90, 95, 110, 115.

XIII. Соматические нарушения — 3, 9, 11, 13, 14, 20, 23, 29, 31, 33, 34, 40, 43, 49, 51, 53, 54, 59, 60, 63, 69, 73, 74, 80, 83, 89, 91, 93, 94, 98, 100, 103, 109, 111, 113, 114, 120, 123, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136.

Если, отвечая на вопрос, пациент отмечает 0, то за такой ответ начисляется 0 баллов; 1 — 4 балла; 2 — 5 баллов; 3 — 7 баллов.

Подсчитывается сумма баллов по отдельным субшкалам (I–XIII) и общая сумма баллов (суммирование показателей всех субшкал I–XIII).

Показатели контрольной группы здоровых лиц (Насанович Н. Н., 2002).

Страх и фобии	7,0 ± 1,1
Депрессивные расстройства	7,4 ± 1,1
Беспокойство, напряжение	9,3 ± 1,5
Нарушения сна	3,9 ± 0,9
Истерические расстройства	8,5 ± 1,0
Неврастенические расстройства	7,5 ± 1,4
Сексуальные расстройства	3,3 ± 0,9
Дереализация	3,1 ± 0,8
Навязчивости	4,4 ± 0,9
Трудности в социальных контактах	4,8 ± 0,8
Ипохондрические расстройства	1,5 ± 0,6
Психастенические расстройства	6,8 ± 1,1
Соматические нарушения	14,8 ± 3,8
Общий бал	47,4 ± 6,6

Приложение 4

Перечень психотропных препаратов, рекомендуемых для применения ВОП, «препараты первого ряда» (Смулевич А. Б., 2003)

Нейролептики (антипсихотики)

Кветиапин (сероквель)
Сульпирид (эглонил, просульпин, бетамакс, эглек)
Тиоридазин (сонапакс, меллерил)
Флюанксол
Хлорпротиксен (труксал)
Перфеназин (этаперазин)
Тиаприд (тиапридал)
Амисульприд (солиан)

Антидепрессанты

Флуоксетин (прозак, портал)
Сертралин (золофт)
Флувоксамин (феварин)
Циталопрам (ципрамил)
Пирлиндол (пиразидол)
Миансерин (леривон)
Венлафаксин (эффексор, велаксин)
Милнаципран (иксел)
Миртазапин (ремерон)
Тианептин (коаксил)
Тразодон (триттико)

Транквилизаторы (производные бензодиазепина)

Альпразолам (ксанакс, кассадан, хелекс)
Диазепам (реланиум, седуксен, релиум)
Клоназепам (антелепсин)
Лоразепам (лорафен)
Медазепам (рудотель, мезапам)
Тофизопам (грандаксин)
Феназепам
Хлордиазепоксид (элениум)

Небензодиазепиновые анксиолитики

Гидроксизин (атаракс)
Афобазол

Небензодиазепиновые снотворные

Зопиклон (имован, пиклодорм, сомнол)
Золпидем (ивадал, сонвал).

Препараты разных химических групп

Пирроксан
Фенибут
Белоид
Белласпон
Практически все препараты класса ноотропов

Приложение 5

Законы и иные нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации 1993 г.

2. Всеобщая Декларация прав человека от 10.12.1948 // Действующее международное право. В 3 т. / Сост.: Ю. М. Колосов, Э. С. Кривчиков. Т. 2. — М., 1997.

3. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения биомедицинских исследований на людях». Принята 18-й Генеральной Ассамблеей ВМА. Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 года. Изменения и дополнения внесены 29-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Токио, Япония, октябрь 1975 года, 35-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Венеция, Италия, октябрь 1983 года, 41-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Гонконг, сентябрь 1989 года, 48-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Сомерсет Уэст, ЮАР, октябрь 1996 года и 52-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Эдинбург, Шотландия, октябрь 2000 года.

4. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16.12.1966 // Действующее международное право. В 3 т. / Сост.: Ю. М. Колосов, Э. С. Кривчиков. Т. 2. — М., 1997.

5. Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948 года, дополнена 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 года, 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года и 46-й Всемирной медицинской ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 года.

6. Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь 1981 года.

7. Декларация о правах человека и свободе личности практикующих врачей. Принята 37-й Всемирной медицинской ассамблеей, Брюссель, Бельгия, октябрь 1985 года.

8. Декларация о независимости и профессиональной свободе врача. Принята 38-й Всемирной медицинской ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986 года.

9. Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей. Принята 39-й Всемирной медицинской ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 года.

10. Венецианская декларация о терминальном состоянии. Принята 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года.

11. Закон РФ от 28.06.1991 № 1499–1 «О медицинском страховании граждан в РФ» (с изм. и доп. от 02.04.1993; 24.12.1993; 01.06.1994) // ВСНД РСФСР и ВС. 1991. № 27. Ст. 920.

12. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185–1 (с изм. и доп. от 21.07.1998) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // ВСНД РФ и ВС. 1992. № 33. Ст. 1913.

13. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487–1 (с изм. и доп. от 24.12.1993; 02.03.1998; 20.12.1999; 02.12.2000) // ВСНД РФ и ВС. 1993. № 33. Ст. 1318.

14. Федеральный закон от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изм. от 13.03.2002, 21.03.2002, 09.12.2002, 10.01.2003, 27.02.2003, 11.03.2003, 26.03.2003, 23.12.2003, 02.11.2004, 21.03.2005, 02.07.2005, 31.12.2005, 27.07.2006, 04.12.2006, 29.12.2006, 05.02.2007).

15. Постановление Правительства РФ от 28.04.1993 № 377 «О реализации Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”» // САAП. 1993. № 18. Ст. 1602.

16. Постановление Правительства РФ от 25.05.1994 № 522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощи и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» // СЗ РФ. 1994. № 6. Ст. 606.

17. Постановление Правительства РФ от 11.02.2002 № 135 «О лицензировании отдельных видов деятельности».

18. Постановление Правительства РФ от 22.01.2007 № 30. «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

19. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

20. Приказ Минздрава СССР от 31.05.1985 № 750 «О дальнейшем совершенствовании психотерапевтической помощи населению».

21. Приказ Минздрава РФ от 13.06.1996 № 245 «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия».

22. Приказ Минздрава РФ от 30.10.1995 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» // Здравоохранение. 1996. № 2.

23. Приказ Минздрава РФ от 26.11.1996 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

24. Приказ Минздрава РФ от 27.08.1999 № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».

25. Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи».

26. Приказ Минздрава РФ от 28.07.1997 № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».

27. Приказ Минздрава РФ от 17.12.1997 № 373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной рабо-

те, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях)».

28. Приказ Минздрава РФ от 06.05.1998 №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

29. Приказ Минздрава РФ от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) (вместе с Положениями “О враче общей практики (семейном враче)”, “О медицинской сестре общей практики”, Квалификационными характеристиками врача общей практики (семейного врача), медицинской сестры общей практики)».

30. Приказ Минздрава РФ от 03.06.2003 № 229 «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».

31. Приказ Минздрава РФ от 26.07.2002 № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности».

32. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.12.2004 № 346 «Об организации выдачи разрешений на применение медицинских технологий».

33. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 17.12.1991 № 46/119 «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии».

34. Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи» // Собрание законодательств Российской Федерации. 1995 № 18. Ст. 1665.

35. Международный кодекс медицинской этики. Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949 года, дополнен 22-й Всемирной Медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 года и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 года.

36. Этический кодекс российского врача. Утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994 года.

37. Кодекс врачебной этики. Одобрен III (XIX) Всероссийским Пироговским съездом врачей 07.06.1997.

38. Кодекс профессиональной этики психиатра // Этика практической психиатрии: Руководство для врачей. — М., 1996. С. 229–237.

Приложение 6

Положение о враче общей практики (семейном враче). Приложение 5 к Приказу Минздрава Российской Федерации от 26.08.1992 № 237

I. Общие положения

1.1. Врач общей практики (ВОП) — специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению.

Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от возраста и пола пациентов, является семейным врачом (СВ).

1.2. На должность врача общей практики (семейного врача) назначается специалист, освоивший программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат.

1.3. Подготовка врача общей практики (семейного врача) осуществляется в вузах по специальности «Врач общей практики», тематическое усовершенствование врачей-специалистов по лечебному делу и педиатров осуществляется в институтах и на факультетах усовершенствования врачей с применением очных, прерывистых, выездных форм обучения.

1.4. Врач общей практики (семейный врач) оказывает помощь индивидуально или совместно с другими врачами (групповая практика). В зависимости от социально-демографического состава обслуживаемого населения бригада врачей может включать и других специалистов, в том числе социальных работников.

1.5. Врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность:

– в государственном медицинском учреждении (поликлиника, МСЧ, городская и сельская врачебная амбулатория, здравпункт и др.);

– в негосударственном медицинском учреждении (малое акционерное, коллективное предприятие, кооператив);

– в порядке частной практики.

1.6. Врач общей практики (группа врачей) может работать по контракту (договору) с государственными, муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

1.7. Контингент обслуживания формируется с учетом права свободного выбора врача по территориальному, территориально-семейному и иным принципам, которые оговариваются в контракте.

1.8. Численность и состав населения, прикрепленного для постоянного наблюдения, определяются условиями контракта.

1.9. Врач общей практики (семейный врач) осуществляет амбулаторный прием и посещения на дому, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи.

1.10. За врачом общей практики (семейным врачом) на договорной основе могут быть закреплены койки в стационаре для ведения больных. При необходимости врач общей практики может организовать стационары на дому, дневные стационары.

1.11. Врачу общей практики (семейному врачу) непосредственно подчиняется средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку, а также, по согласованию с органами социальной защиты, — социальный работник.

1.12. Врач общей практики (семейный врач) руководствуется настоящим положением, законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья населения.

1.13. Контроль за деятельностью врача общей практики (семейного врача) проводится в установленном порядке органами здравоохранения по месту работы врача.

1.14. Назначение и увольнение врача общей практики осуществляется в соответствии с действующим законодательством и условиями контракта.

II. Обязанности врача общей практики (семейного врача)

Основной обязанностью является оказание первичной медико-социальной помощи населению в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом.

2.1. Проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний.

2.2. Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска.

2.3. Осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления.

2.4. Оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях.

2.5. Своевременная консультация и госпитализация больных в установленном порядке.

2.6. Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.

2.7. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов в соответствии с Инструкцией «О порядке выдачи больничных листков» и направление на ВТЭК.

2.8. Организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным.

2.9. Оказание консультативной помощи семье по вопросам:

– иммунопрофилактики;

– вскармливания, воспитания детей, подготовки их к детским дошкольным учреждениям, школе, профориентации;

– планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных и медико-сексуальных аспектов семейной жизни.

2.10. Ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

III. Права врача общей практики (семейного врача)

Врач общей практики (семейный врач) имеет право:

3.1. Контролировать работу подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

3.2. Приобретать, владеть, пользоваться и распоряжаться на правах собственности или полного хозяйственного ведения движимым имуществом врачебной амбулатории на основе условий договора (контракта) с собственником имущества.

3.3. Заключать договоры на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с любыми органами, предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном порядке.

3.4. Получать плату за медицинские услуги, не предусмотренные условиями контракта, на основе дополнительного договора.

3.5. Вносить предложения по вопросам улучшения медико-социальной помощи.

3.6. Принимать участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам лечебно-профилактической помощи, состоять членом различных общественных и профессиональных организаций, чья деятельность не противоречит целям и задачам врача общей практики.

3.7. Использовать медицинские учреждения для повышения своей квалификации на условиях договора с оплатой как за счет средств нанимателя, так и за собственный счет.

3.8. Проводить в установленном порядке экспертизу качества оказания медицинской помощи пациенту другими специалистами.

3.9. Заявлять исковые требования в суде и арбитраже и отвечать по ним.

IV. Ответственность врача общей практики (семейного врача)

Врач общей практики (семейный врач) несет ответственность в пределах своих прав за самостоятельно принимаемые решения. За противоправные дейст-

вия или бездействие, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента, несет ответственность в установленном законом порядке.

Квалификационные требования к врачу общей практики (семейному врачу)

Врач общей практики (семейный врач) должен:

– владеть основами законодательства по охране здоровья населения, знать структуру и основные принципы здравоохранения, права, обязанности, ответственность, владеть планированием и анализом своей работы, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами (социальная служба, страховая компания, ассоциации врачей и т. п.);

– знать и соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии.

Врач общей практики (семейный врач) должен освоить следующие виды деятельности и соответствующие им персональные задачи:

1. Профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов.
2. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи.
3. Выполнение медицинских манипуляций.
4. Организационная работа.

Основные задачи первого вида деятельности: «Профилактика, диагностика, лечение заболеваний и реабилитация пациентов»

Врач общей практики (семейный врач) должен уметь самостоятельно:

– проводить осмотр и оценивать данные физического исследования пациента;

– составлять план лабораторного, инструментального обследования;

– уметь интерпретировать результаты анализов крови, мочи, мокроты, желудочного сока, дуоденального исследования, копрограммы, ликвора; лучевых, электрофизиологических и других методов исследований;

– владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний; реабилитации пациентов.

Врач общей практики (семейный врач) самостоятельно проводит обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организует дообследование, консультацию, госпитализацию пациентов, в последующем выполняет назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение больного при различных заболеваниях.

Основные задачи второго вида деятельности «Оказание неотложной (экстренной) медицинской помощи»

Врач общей практики (семейный врач) должен уметь самостоятельно диагностировать и оказывать неотложную (экстренную) помощь на догоспитальном этапе, а также определять тактику оказания дальнейшей медицинской помощи при следующих неотложных состояниях:

– шок (анафилактический, токсический, травматический, геморрагический, кардиогенный и др.);
– обморок;
– коллапс;
– кома (анемическая, гипогликемическая, диабетическая, мозговая, печеночная, неясной этиологии);
– острая дыхательная недостаточность;
– отек гортани, ложный круп;
– астматический статус;
– отек Квинке;
– открытый, закрытый, клапанный пневмоторакс;
– тромбоэмболия легочной артерии;
– острая сердечная недостаточность;
– нарушение ритма и проводимости сердца (пароксизм мерцания и трепетания предсердий, приступ наджелудочковой и желудочковой пароксизмальной тахикардии, полная атриовентрикулярная блокада);
– гипертонический криз;
– стенокардия, инфаркт миокарда;
– печеночная колика;
– кровотечения (артериальное, венозное, желудочно-кишечное, носовое, маточное, легочное);
– почечная колика;
– острая задержка мочи;
– фимоз, парафимоз;
– острая почечная недостаточность;
– острая печеночная недостаточность;
– острая надпочечниковая недостаточность;
– сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга;
– «острый живот» (аппендицит, холецистит, прободная язва, ущемленная грыжа, панкреатит, острая кишечная непроходимость);
– мозговой инсульт, динамическое нарушение мозгового кровообращения;
– отек легкого;
– отек мозга;
– судорожные состояния, эпилептический статус;

– алкогольный делирий, абстинентный синдром;
– психомоторное возбуждение;
– острый приступ глаукомы;
– химические и термические ожоги, обморожения;
– поражение электрическим током, молнией, тепловой и солнечный удары;
– отравления;
– утопление, удушение;
– тиреотоксический криз;
– преэклампсия, эклампсия;
– переломы костей, вывихи, ушибы, раны, растяжения;
– клиническая смерть;
– внезапная смерть ребенка.

Основные задачи третьего вида деятельности «Выполнение врачебных манипуляций»

Врач общей практики (семейный врач) должен уметь выполнять самостоятельно следующие манипуляции:

Общие умения:

– все виды инъекций;
– проведение внутрикожных диагностических и аллергологических проб;
– определение группы крови, Rh-фактора экспресс-методом, индивидуальной и биологической совместимости крови;
– определение годности крови к переливанию, гемотрансфузия, введение сывороток;
– капельное и струйное переливание лекарств и кровезаменителей;
– проведение и расшифровка ЭКГ;
– остановка наружного кровотечения;
– пневмотахометрия, спирометрия;
– проведение диагностических экспресс-методов;
– анализ крови на гемоглобин, лейкоцитоз, СОЭ;
– получение мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования;
– катетеризация мочевого пузыря;
– промывание желудка;
– пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы.

Манипуляции для оказания экстренной помощи:

– внутрисердечное введение лекарственных средств;
– искусственное дыхание «рот в рот», «рот в нос»;
– методы очистки верхних дыхательных путей, аспирация жидкости;
– непрямой массаж сердца;

– дефибриляция;
– трахео- или коникотомия, трахеостомия.

Хирургические манипуляции:

– биопсия опухолевых образований и лимфатических узлов;
– проведение диагностических и лечебных пункций, парацентез;
– зондирование полостей, свищей;
– проведение инфильтративной анестезии, проводниковой, футлярной, регионарной, вагосимпатической блокад;
– первичная хирургическая обработка ран, снятие швов;
– обработка ожоговой поверхности, инфицированных ран;
– наложение мягких повязок;
– вправление вывихов;
– транспортная иммобилизация при переломах костей, конечностей, позвоночника;
– удаление поверхностно расположенных инородных тел;
– удаление поверхностно расположенных опухолей мягких тканей;
– вскрытие абсцессов, панарициев, флегмон;
– удаление вросшего ногтя;
– пункционная цистостомия;
– диатермокоагуляция.

Умения и манипуляции, применяемые в неврологии:

– исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц);
– определение чувствительности;
– обследование сухожильных рефлексов;
– оценка координации движений;
– люмбальная пункция.

Оториноларингологические манипуляции:

– передняя и задняя риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, отоскопия;
– остановка носового кровотечения (передняя и задняя тампонада носа);
– пункция верхнечелюстной пазухи;
– парацентез барабанной перепонки, тимпанопункция;
– определение проходимости слуховой трубы;
– зондирование и промывание лакун миндалин;
– вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
– введение лекарств в гортань и бронхи гортанным шприцем и через носовой катетер;
– аудиометрия.

Офтальмологические манипуляции:

– прямая и обратная офтальмоскопия;
– определение остроты зрения, цветового зрения;

– оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз;
– тонометрия.

Умение и манипуляции, применяемые в акушерстве, гинекологии и педиатрии:

– двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование;
– диагностика беременности;
– обследование методами функциональной диагностики;
– аспирационная биопсия, эндометрия;
– диагностическое и лечебное выскабливание слизистой полости матки;
– введение внутриматочных контрацептивов;
– наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода;
– ведение физиологических родов;
– оценка состояния последа;
– оценка состояния новорожденного;
– проведение первичного туалета новорожденного;
– обработка пупочной ранки;
– оценка рефлексов новорожденного;
– оценка психомоторного и физического развития ребенка;
– вакцинация.

Основные задачи четвертого вида деятельности «Организационная работа»

Врач общей практики должен знать демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного контингента, учитывая которую:

– совместно с центрами здоровья принимает участие в проведении пропаганды медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания, проводит гигиеническое обучение и воспитание различных групп населения, антиалкогольную и антинаркотическую работу;

– дает рекомендации по вопросам вскармливания, воспитания, закаливания, подготовки детей к детским дошкольным учреждениям, школе, профориентации;

– осуществляет консультирование по вопросам планирования семьи, этики, психологии, социальных, медико-генетических и сексуальных аспектов семейной жизни, контрацепции;

– совместно с представителями санитарно-эпидемического надзора организует проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, иммунопрофилактику;

– привлекает руководителей учреждений и предприятий, профсоюзных и других общественных организаций, пациентов к активному участию в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий;

– проводит работу по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, оказывает содействие в снижении их влияний на пациента;

– организует весь комплекс диагностических, лечебно-оздоровительных и мероприятий с привлечением, при необходимости, для этой цели специалистов лечебно-профилактических учреждений;

– проводит диагностику беременности, наблюдение за течением беременности, выявление и лечение экстрагенитальной патологии у беременных, психопрофилактическую подготовку к родам;

– выявляет противопоказания к беременности и родам, направляет на прерывание беременности, проводит реабилитацию женщин в послеродовом периоде и после прерывания беременности;

– принимает участие совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия в организации помощи одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, в том числе по уходу, устройству в дома-интернаты и др.;

– проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов, направление на ВТЭК, определяет показания к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению;

– организует медико-психологическую помощь пациентам с учетом состояния здоровья и возрастных особенностей;

проводит анализ состояния здоровья прикрепленного контингента, ведет учетно-отчетную медицинскую документацию.

Список рекомендуемой литературы

Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2004. — 480 с.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.

Быстрицкий А. С., Незнанов Н. Г., Звартау Э. Э. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2006. №. 3. С. 4–7.

Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение. — СПб.: СПбГУ; М.: Академия, 2003. — 736 с.

Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральная психиатрия. — М.: Медицина, 2003. — 448 с.

Ерышев О. Ф., Спринц А. М. Справочник семейного врача. Психиатрия. — СПб.: Диля, 2005. — 240 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.

Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия. Практическое руководство. — М.: Экспо-пресс; СПб.: Сова, 2002. — 352 с.

Клиническая психология: Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2007. — 960 с.

Краснов В. Н. Психические расстройства в общей медицинской практике // Российский медицинский журнал. 2001. Т. 9. № 25. С. 1187–1191.

Кулаков С. А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств — СПб.: Речь, 2007. — 294 с.

Лапин И. П. Личность и лекарство. — СПб.: Деан, 2001. — 416 с.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — ВОЗ. СПб.: Оверлайд, 1994. — 303 с.

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология и психосоматическая медицина. — М.: Медпресс-Информ, 2002. — 608 с.

Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. — СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 2003. — 438 с.

Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб.: Речь, 2002. — 402 с.

Простомолотов В. Ф. Комплексная психотерапия соматоформных расстройств. — Кишинев: Presa, 2006. — 304 с.

Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. — 384 с.

Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2006. — 944 с.

Психотерапия: Учебник. 3-е изд. / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2007. — 672 с.

Руководство по психиатрии: В 2 т. Под редакцией А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. Т 1. — 712 с., Т 2. — 784 с.

Семке В. Я. Клиническая персонология. — Томск: МГП «Раско», 2001. — 376 с.

Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. — М.: Медпресс-Информ, 2006. — 568 с.

Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: МИА, 2003. — 425 с.

Тукаев Р. Д. Гипноз. — М.: МИА, 2006. — 448 с.

Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб.: Питер, 2002. — 352 с.

Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. П. Семейный диагноз и семейная психотерапия. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с.

Клиническая психотерапия в общей врачебной практике

Под редакцией Незнанова Н. Г., Карвасарского Б. Д.

Заведующий редакцией	*П. Алесов*
Редактор	*Т. Ульянова*
Выпускающий редактор	*Е. Егерева*
Художественный редактор	*К. Радзевич*
Корректоры	*Л. Ванькаева, Е. Корнилова*
Верстка	*Т. Соловьева*

Подписано в печать 25.04.08. Формат 60 × 90/16. Усл. п. л. 33. Тираж 3000. Заказ

ООО «Питер Пресс», 198206, Санкт-Петербург, Петергофское шоссе, д. 73, лит. А29.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
95 3005 — литература учебная.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ООО «Типография Правда 1906».

191126, Санкт-Петербург, Киришская ул., 2.